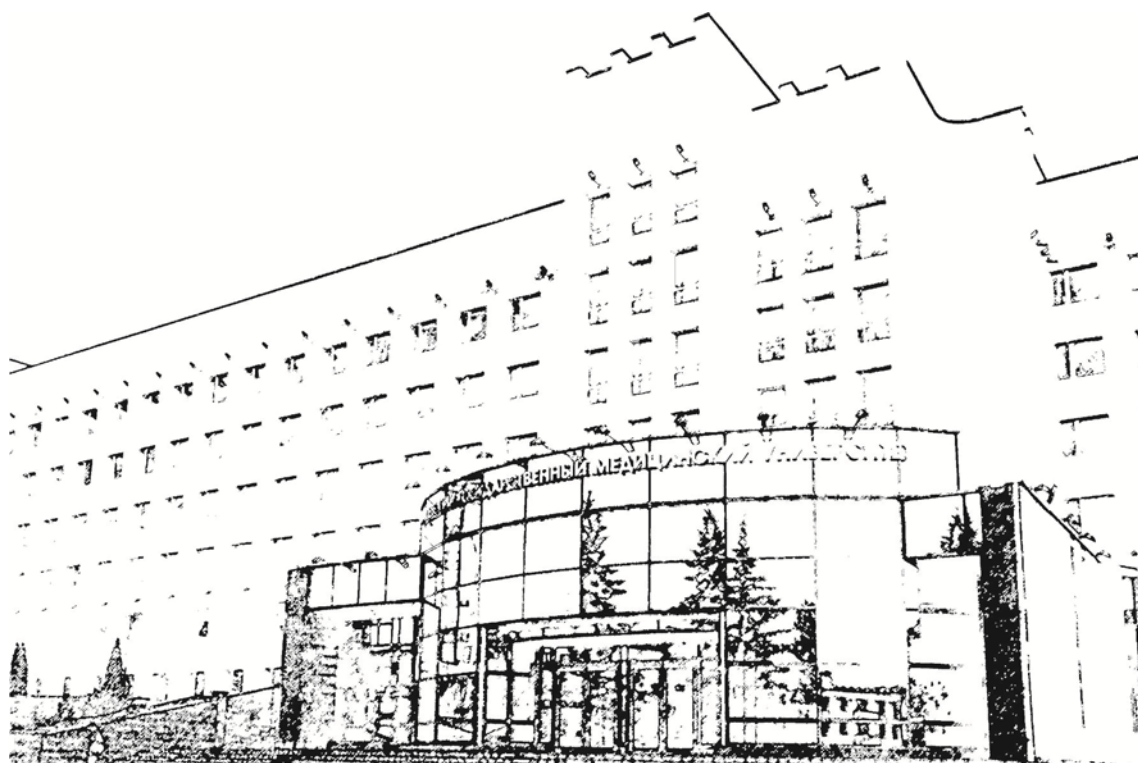


**МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ  
ЗНАНИЙ И ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ  
ПО ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА  
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА И ФПИГ**



**Витебск, 2017**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

**«МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ ЗНАНИЙ И  
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА И ФПИГ»  
/учебно-методическое пособие по фтизиопульмонологии  
для студентов 4 курса лечебного факультета и ФПИГ/**

Рекомендовано Учебно-методическим объединением  
по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию  
Республики Беларусь в качестве учебно-методического пособия для  
студентов учреждений высшего образования, обучающихся по  
специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Витебск, 2017

УДК 616-002.5:616.24:378:37.041(072)

ББК 55.4р30

С 17

**Р е ц е н з е н т ы:**

*Рузанов Д.Ю., к.м.н., доцент кафедры фтизиопульмонологии,  
проректор по лечебной работе Гомельского государственного  
медицинского университета.*

*Бородина Г.Л., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой  
фтизиопульмонологии Белорусского государственного медицинского  
университета.*

**Будрицкий, А.М.**

С 17 «Материалы для контроля уровня знаний и практических навыков по фтизиопульмонологии для студентов 4 курса лечебного факультета и ФПИГ»: уч.-метод. пособие / А.М. Будрицкий [и др.]. – Витебск: ВГМУ, 2017. – 182 с.

ISBN 978-985-466-909-0

Настоящее учебно-методическое пособие предназначено для самостоятельной подготовки к практическим занятиям по фтизиопульмонологии студентов 4 курса лечебного факультета и ФПИГ. В работе даны 500 тестовых заданий, 100 клинических ситуационных задач, а также изложены методики выполнения основных практических навыков по данной дисциплине.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с учебным планом и программой по фтизиатрии для лечебного факультета медицинских вузов, утвержденными Министерством Здравоохранения Республики Беларусь.

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным учебно-научно-методическим Советом непрерывного медицинского и фармацевтического образования ВГМУ.

УДК 616-002.5:616.24:378:37.041(072)

ББК 55.4р30

ISBN 978-985-466-909-0

© Будрицкий А.М., Василенко Н.В.,  
Серёгина В.А., Правада Н.С., Кучко И.В. 2017.  
© УО «Витебский государственный  
медицинский университет», 2017.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

I. Введение.....	4
II. Тесты контроля знаний по фтизиатрии.....	5
III. Эталоны ответов на тестовый контроль знаний по фтизиатрии.....	96
IV. Клинические ситуационные задачи по фтизиатрии.....	98
V. Эталоны ответов к клиническим ситуационным задачам по фтизиатрии.....	143
VI. Основные практические навыки по фтизиатрии.....	157
VII. Литература .....	177

## I. ВВЕДЕНИЕ

**Фтизиопульмонология** – дисциплина, содержащая систематизированные научные знания об этиологии, патогенезе, клинике и лечении туберкулеза органов дыхания, организации своевременного выявления и проведения профилактических мероприятий, современных методах диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза с другими заболеваниями органов дыхания.

Данное учебно-методическое пособие разработано для использования студентами 4 курса лечебного факультета и ФПИГ медицинских вузов с целью самостоятельной подготовки к практическим занятиям и дифференцированному зачету по фтизиопульмонологии, что улучшит знания и приобретение практических навыков по данной дисциплине, необходимые практическому врачу любой специальности.

Разработанные в соответствии с типовой учебной программой тестовые задания охватывают все разделы изучаемой дисциплины и апробированы в учебном процессе на кафедре фтизиопульмонологии Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета в печатном и компьютерном вариантах. С помощью данных тестовых контрольных заданий у студентов определяется уровень знаний по предмету, необходимый для допуска к заключительному устному собеседованию.

Представленные в учебно-методическом пособии клинические ситуационные задачи по фтизиопульмонологии приближают учебный процесс к фтизиатрической клинике и развивают клиническое мышление у студентов по диагностике, тактике обследования, ведения и лечению пациентов с туберкулезом.

Основные практические навыки по фтизиатрии разработаны с учетом современных приказов МЗ РБ (2012-2015 гг.). Объем практических навыков соответствует типовой учебной программе, учитывает задачи здравоохранения и является обязательными для освоения каждым студентом 4 курса лечебного факультета и ФПИГ медицинского вуза, независимо от полученной в дальнейшем конкретной специальности.

При подготовке данного учебно-методического пособия авторы учитывали разработанное ранее на кафедре фтизиопульмонологии учебное пособие «Фтизиопульмонология» авторы: В.С. Самцов, Г.В. Волосевич, И.Н. Горбач, Р.В. Романовский, изданное ВГМУ в 2001г.

## **II. ТЕСТЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА К ЗАЧЕТУ ПО ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ**

Пояснение к работе с тестами контроля знаний: на каждый вопрос из предложенных ответов выберите, с вашей точки зрения, один несколько или все правильные ответы, а затем сравните с эталонами ответов.

1. Оптимальный температурный режим для активного размножения микобактерий туберкулеза:

- 1) 20-25°C
- 2) 37-38°C
- 3) 42-45°C
- 4) 50-55°C

2. Температурный режим, при котором происходит гибель микобактерий туберкулеза при 15-минутном воздействии:

- 1) (-140°C)
- 2) (0°C)
- 3) (+60°C)
- 4) (+100°C)

3. Вид лучистой энергии, к которой высокочувствительны микобактерии туберкулеза при воздействии в течение часа:

- 1) инфракрасное солнечное излучение
- 2) ультрафиолетовое солнечное излучение
- 3) постоянное и переменное магнитное поле
- 4) радиоактивное излучение

4. Оптимальный срок роста культуры микобактерий туберкулеза на плотной питательной среде Левенштейна-Йенсена:

- 1) 2-3 дня
- 2) 2 недели
- 3) 1-1,5 месяца
- 4) 2,5-3 месяца

5. Наиболее опасный вид контакта с пациентом открытой формой туберкулеза, способствующий заражению:

- 1) семейный
- 2) бытовой

- 3) производственный
- 4) постельный

6. Наиболее качественный и информативный способ получения патологического материала у пациентов с заболеваниями легких на МБТ и вторичную флору:

- 1) при естественном откашливании мокроты
- 2) при целенаправленной бронхоскопии
- 3) при интратрахеальном смыве с бронхов
- 4) с помощью провоцирующих ингаляций

7. Метод общедоступной и срочной лабораторной диагностики МБТ, выполнимый в любом лечебно-профилактическом учреждении:

- 1) бактериоскопия методом флотации
- 2) прямая бактериоскопия
- 3) бактериологическое исследование
- 4) люминесцентная бактериоскопия

8. Наиболее результативный метод лабораторной диагностики на МБТ:

- 1) люминесцентная бактериоскопия
- 2) прямая бактериоскопия
- 3) бактериологический метод с типированием возбудителя
- 4) бактериоскопия методом флотации

9. Наиболее распространенным методом выявления КУБ является:

- 1) бактериоскопический
- 2) бактериологический
- 3) биологический
- 4) ПЦР

10. Основной путь заражения туберкулезом человека:

- 1) внутриутробный
- 2) алиментарный
- 3) ингаляционный (аэрогенный)
- 4) контактный

11. Что представляет собой туберкулин?

- 1) убитые МБТ с целостным морфологическим строением
- 2) фильтрат автоклавированной культуры МБТ с продуктами жизнедеятельности
- 3) культура патогенных МБТ

- 4) живая, но ослабленная культура МБТ

12. К группе лиц повышенного развития заболевания туберкулезом детей для проведения туберкулинодиагностики относят:

- 1) детей из очага туберкулезной инфекции
- 2) всех детей дошкольных учреждений
- 3) ВИЧ-инфицированных детей
- 4) детей из неполных семей

13. Противопоказаниями для постановки пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л являются:

- 1) эпилепсия
- 2) беременность
- 3) БЦЖ-вакцинация в анамнезе
- 4) заболевание туберкулезом родителей

14. Какова активность туберкулина в объеме 0,1 мл при массовой постановке пробы Манту у детей и подростков?

- 1) 1ТЕ
- 2) 2ТЕ
- 3) 5ТЕ
- 4) 10ТЕ

15. Какой метод введения туберкулина является общепринятым в настоящее время при массовой туберкулинодиагностике?

- 1) накожный
- 2) внутрикожный
- 3) подкожный
- 4) внутривенный

16. С какого размера папулы пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л принято считать положительной?

- 1) с 2 мм
- 2) с 5 мм
- 3) с 12 мм
- 4) с 17 мм

17. С какого размера папулы пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л принято считать гиперергической у детей и подростков?

- 1) с 12 мм
- 2) с 17 мм
- 3) с 21 мм
- 4) с 25 мм



18. В каком случае имеет место «вираж» туберкулиновой пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л?

- 1) папула 6 мм (год назад – 10 мм после вакцинации)
- 2) папула 10 мм (год назад проведена ревакцинация БЦЖ после отрицательной пробы)
- 3) папула 12 мм (год назад – проба отрицательная, вакцинация БЦЖ в роддоме 5 лет назад)
- 4) папула 2 мм (вакцинация БЦЖ в прошлом)

19. В какой возрастной группе выше риск заболевания туберкулезом в случае первичного инфицирования организма человека (наступившего «виража»)?

- 1) 1-3 года
- 2) 4-11 лет
- 3) 12-17 лет
- 4) 18-25 лет

20. В какой срок после постановки пробы Манту производится оценка ее результатов?

- 1) через 12 часов
- 2) через 24 часа
- 3) через 48 часов
- 4) через 72 часа

21. При каких показателях папулы при постановке пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л дети и подростки подлежат срочному углубленному обследованию на туберкулез?

- 1) 17 мм и выше
- 2) 10 мм и выше
- 3) 5 мм и выше
- 4) «0» мм

22. При каких показателях папулы при постановке пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л дети подлежат селективной ревакцинации БЦЖ в 7 лет?

- 1) 17 мм и выше
- 2) 12 мм и выше
- 3) 5 мм и выше
- 4) отрицательная проба

23. Противопоказания для постановки пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л:

- 1) положительная проба Манту в анамнезе

- 2) перенесенный туберкулез в анамнезе
- 3) кожные и аллергические заболевания
- 4) острые и хронические инфекционные заболевания в период обострения

24. Метод введения 50-100 ТЕ туберкулина при диагностической пробе Коха:

- 1) накожный
- 2) внутрикожный
- 3) подкожный
- 4) внутримышечный

25. Основной метод рентгенологической диагностики заболеваний органов грудной клетки в пульмонологической клинике:

- 1) стационарная среднеформатная флюорография
- 2) обзорная рентгенография в 2-х проекциях (прямая и боковая)
- 3) рентгеноскопия
- 4) томография

26. Оценка правильности технического исполнения обзорной рентгенограммы легких в прямой проекции по «жесткости» рентгеновских лучей:

- 1) не определяется ни одного позвонка
- 2) определяется отдельно только три верхних грудных позвонка
- 3) определяются отдельно шесть верхних грудных позвонков
- 4) все грудные позвонки четко определяются

27. Проекция шестого сегмента (С<sub>6</sub>) правого легкого на обзорной рентгенограмме:

- 1) выше переднего отрезка 2 ребра
- 2) в средней зоне легочного поля латерально (субкортикально)
- 3) в средней зоне легочного поля медиально (ближе к корню)
- 4) ниже переднего отрезка 4 ребра (над диафрагмой)

28. Проекция средней доли (С<sub>4</sub> и С<sub>5</sub>) в правом легком на обзорной рентгенограмме:

- 1) в средней зоне легочного поля латерально
- 2) в средней зоне легочного поля медиально
- 3) в нижней зоне легочного поля латерально
- 4) в нижней зоне легочного поля медиально

29. Проекция верхней доли (C1-C5) в левом легком на обзорной рентгенограмме:

- 1) от верхушки до 2 ребра
- 2) от верхушки до 3 ребра
- 3) от верхушки до 4 ребра
- 4) от верхушки до диафрагмы

30. Какие сегменты легких наиболее часто поражаются при вторичных формах туберкулеза?

- 1)  $C_1+C_2$
- 2)  $C_3$
- 3)  $C_4+C_5$
- 4)  $C_8$

31. Обозначение в клиническом диагнозе локализации туберкулезного процесса в легких:

- 1) по долям и сегментам
- 2) по полям
- 3) по ребрам
- 4) по межреберьям

32. Сколько сегментов включает верхняя доля левого легкого?

- 1) пять
- 2) четыре
- 3) три
- 4) два

33. Сколько сегментов включает верхняя доля правого легкого?

- 1) два
- 2) три
- 3) четыре
- 4) пять

34. Рентгенологические параметры очаговых теней крупных размеров:

- 1) до 3 мм
- 2) от 3 до 6 мм
- 3) от 6 до 10-15 мм
- 4) от 15 до 20 мм

35. Рентгенологические параметры фокусных теней средних размеров:

- 1) от 0,5 до 1,0 см

- 2) от 1 до 2 см
- 3) от 2 до 4 см
- 4) от 4 до 6 см

36. Интенсивность свежих, недавно возникших, очаговых теневых образований в легких туберкулезной этиологии:

- 1) высокая
- 2) малая
- 3) различная
- 4) средняя

37. Основная цель томографии в комплексном рентгенологическом обследовании больных туберкулезом легких:

- 1) определение места локализации поражения
- 2) определение размера выявленных теней
- 3) выявление участков деструкции в легких
- 4) определение интенсивности выявленных теней

38. Рентгенологическая характеристика активного туберкулезного процесса с прогрессирующим течением:

- 1) фокус затенения слабой интенсивности с кольцевидным просветлением внутри и немногочисленными очагами вокруг
- 2) группа очаговых теней в С<sub>1</sub> и С<sub>2</sub> справа слабой интенсивности гомогенной структуры
- 3) средней интенсивности фокус затенения с участками уплотнения
- 4) высокой интенсивности фокус затенения крупных размеров с участками обызвествления

39. Нехарактерный рентгенологический признак для туберкулемы:

- 1) круглая тень размером 4 см с четкими контурами и эксцентрическим просветлением
- 2) круглая тень размером 2 см с четкими контурами
- 3) округлый фокус затенения высокой интенсивности 3 см в диаметре неоднородной структуры с включением участков обызвествления
- 4) округлая изолированная тонкостенная полость без явлений инфильтрации и фиброза в окружающей легочной ткани

40. Какая фаза туберкулезного процесса (кроме других) обязательно отражается в заключительном диагнозе при заживлении каверны?

- 1) рассасывания
- 2) уплотнения
- 3) рубцевания
- 4) обызвествления

41. Самая распространенная в настоящее время клиническая форма туберкулеза легких среди вновь выявленных пациентов:

- 1) очаговая
- 2) диссеминированная
- 3) инфильтративная
- 4) туберкулема

42. Какая форма туберкулеза легких занимает промежуточное положение между свежими и далеко зашедшими хроническими формами?

- 1) кавернозная
- 2) диссеминированная
- 3) инфильтративная
- 4) фиброзно-кавернозная

43. При какой форме туберкулеза легких чаще наблюдаются внелегочные локализации туберкулеза?

- 1) очаговой
- 2) диссеминированной
- 3) туберкулеме
- 4) кавернозной

44. Что представляет собой вакцина БЦЖ?

- 1) культуру патогенных МБТ
- 2) убитые МБТ
- 3) живую, но ослабленную культуру МБТ
- 4) продукты жизнедеятельности МБТ

45. Какой метод введения вакцины БЦЖ является общепринятым в настоящее время при вакцинации и ревакцинации детей и подростков?

- 1) пероральный
- 2) накожный
- 3) внутрикожный
- 4) подкожный

46. Чем отличается вакцина БЦЖ-М от вакцины БЦЖ-1?
- 1) еще более ослаблен вакцинный штамм БЦЖ
  - 2) прививочная доза увеличена в 2 раза
  - 3) прививочная доза уменьшена в 2 раза
  - 4) ни чем не отличается, кроме фирменного знака
47. Особенности противотуберкулезной вакцинации в родильном доме недоношенных детей с весом от 2000 г. до 2500 г.:
- 1) не прививают
  - 2) прививают вакциной БЦЖ-1
  - 3) прививают вакциной БЦЖ-М
  - 4) отсрочка вакцинации до достижения нормального веса
48. К местным осложнениям БЦЖ-вакцинации относят:
- 1) холодный абсцесс
  - 2) узловатая эритема
  - 3) келоидный рубец
  - 4) фурункулез
49. Нормальные сроки появления прививочного инфильтрата у новорожденных после введения вакцины БЦЖ-1:
- 1) через 72 часа
  - 2) через неделю
  - 3) через 4-6 недель
  - 4) к концу 2 месяца
50. Сроки формирования искусственного противотуберкулезного иммунитета при вакцинации новорожденного:
- 1) через 1-2 недели
  - 2) через 2 месяца
  - 3) через 4 месяца
  - 4) через 6 месяцев
51. Противопоказаниями для ревакцинации БЦЖ являются:
- 1) перенесенный туберкулез
  - 2) острые и обострения хронических заболеваний
  - 3) предварительная отрицательная проба Манту с 2ТЕ ППД-Л
  - 4) предварительная положительная проба Манту с 2ТЕ ППД-Л
52. Сроки ревакцинации БЦЖ в Республике Беларусь туберкулиноотрицательных детей из групп риска:
- 1) в возрасте 3 лет
  - 2) в возрасте 5 лет

- 3) в возрасте 7 лет
- 4) в возрасте 10 лет

53. Каким противотуберкулезным препаратом, как правило, проводится медикаментозная профилактика с целью предупреждения заболевания туберкулезом?

- 1) пиразинамидом
- 2) изониазидом или фтивазидом (препараты группы ГИНК)
- 3) рифампицином
- 4) этамбутолом

54. Кто нуждается в проведении обязательной медикаментозной профилактики изониазидом?

- 1) лица с малыми остаточными туберкулезными изменениями
- 2) взрослые лица, находящиеся в контакте с пациентом закрытой формой туберкулеза
- 3) дети, находящиеся в контакте с бактериовыделителем
- 4) дети с положительной пробой Манту в течение 3-х лет

55. Укажите противопоказания к химиопрофилактике препаратами группы ГИНК у детей из очагов туберкулезной инфекции:

- 1) артериальная гипертензия
- 2) язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки
- 3) эпилепсия
- 4) сахарный диабет

56. Самый важный критерий, определяющий степень эпидемиологической опасности очага туберкулезной инфекции:

- 1) жилищно-бытовые условия данной семьи
- 2) материальная обеспеченность семьи
- 3) санитарный и культурный уровень семьи
- 4) массивность бактериовыделения у пациента туберкулезом

57. Наиболее важный источник туберкулезной инфекции:

- 1) мокрота пациента
- 2) молоко от больных животных
- 3) остатки пищи пациента
- 4) посуда, которой пользовался пациент

58. Наиболее важный фактор, снижающий сопротивляемость организма к туберкулезной инфекции:

- 1) курение
- 2) недостаточность питания

- 3) употребление алкоголя
- 4) простудные заболевания

59. С какого мероприятия желательно начинать выполнение комплекса нижеперечисленных экстренных противоэпидемических мер по оздоровлению очага туберкулезной инфекции?

- 1) изоляция бактериовыделителя и прекращение контакта со здоровыми лицами до абациллирования пациента
- 2) регулярное обследование контактирующих лиц на туберкулез
- 3) проведение химиопрофилактики всем здоровым членам семьи
- 4) проведение текущей и заключительной дезинфекции

60. Кто выполняет текущую дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции?

- 1) участковый врач-терапевт с медицинской сестрой
- 2) участковый врач-фтизиатр с медицинской сестрой
- 3) дезинфекционный отдел Центра гигиены и эпидемиологии
- 4) члены данной семьи и сам пациент туберкулезом

61. Кто выполняет заключительную дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции?

- 1) участковый врач-терапевт с медицинской сестрой
- 2) участковый врач-фтизиатр с медицинской сестрой
- 3) дезинфекционный отдел Центра гигиены и эпидемиологии
- 4) члены данной семьи и сам пациент туберкулезом

62. Наиболее достоверный метод диагностики туберкулеза легких:

- 1) рентгенография органов дыхания:
- 2) бактериоскопия мокроты по обнаружению КУБ
- 3) туберкулиновая проба
- 4) общий анализ периферической крови

63. Сколько минимально микроскопических исследований мокроты на МБТ необходимо, как правило, выполнять при диагностике туберкулеза легких в случае не обнаружения возбудителя?

- 1) одно исследование
- 2) два исследования
- 3) три исследования
- 4) четыре исследования и больше



64. Основной массовый метод выявления туберкулеза легких среди взрослого населения Республики Беларусь в настоящее время:

- 1) туберкулинодиагностика по пробе Манту с 2ТЕ ППД-Л
- 2) флюорография (стационарная и передвижная)
- 3) рентгенография в различных проекциях органов грудной клетки
- 4) исследование мокроты на МБТ

65. Наиболее эффективные варианты организации рентгенофлюорографического обследования населения на туберкулез:

- 1) групповые (выборочные) флюорографические обследования
- 2) сплошные (массовые) флюорографические обследования
- 3) максимальный охват рентгенофлюорографическими обследованиями населения при обращении в ЛПУ
- 4) рациональное использование всех вышеуказанных вариантов

66. Частота профилактического флюорографического обследования большинства населения при благоприятной эпидемиологической обстановке по туберкулезу:

- 1) не реже 2 раз в год
- 2) не реже 1 раза в год
- 3) не реже 1 раза в два года
- 4) не реже 1 раза в три года

67. Частота профилактического флюорографического обследования большинства населения при неблагоприятной эпидемиологической обстановке по туберкулезу:

- 1) не реже 2 раз в год
- 2) не реже 1 раза в год
- 3) не реже 1 раза в два года
- 4) не реже 1 раза в три года

68. Частота профилактического флюорографического обследования большинства населения при напряженной эпидемиологической обстановке по туберкулезу:

- 1) не реже 2 раз в год
- 2) не реже 1 раза в год
- 3) не реже 1 раза в два года
- 4) не реже 1 раза в три года

69. Какова частота рентгенофлюорографического обследования с профилактической целью основной части взрослого населения Рес-

публики Беларусь (кроме обязательных контингентов, и лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом) в настоящее время?

- 1) не реже 1 раза в 6 месяцев
- 2) ежегодно
- 3) не реже 1 раза в 2 года
- 4) не реже 1 раза в 3 года

70. Частота флюорографического обследования лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом:

- 1) не реже 2 раз в год
- 2) не реже 1 раза в год
- 3) не реже 1 раза в два года
- 4) не реже 1 раза в три года

71. Частота флюорографического обследования «обязательных» контингентов:

- 1) не реже 2 раз в год
- 2) не реже 1 раза в год
- 3) не реже 1 раза в два года
- 4) не реже 1 раза в три года

72. С каким заболеванием пациенты не включаются в группу повышенного риска по заболеванию туберкулезом?

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) язвенная болезнь желудка
- 3) силикоз легких
- 4) хроническая обструктивная болезнь легких

73. Какие контингенты среди населения Республики Беларусь не подлежат обязательным ежегодным рентгенологическим осмотрам в настоящее время?

- 1) работники детских дошкольных учреждений
- 2) работники лечебно-профилактических учреждений
- 3) учащиеся старших классов средней школы
- 4) работники молочно-товарных и животноводческих ферм

74. Кого из указанных категорий населения не относят к обязательным контингентам?

- 1) работников детских учреждений
- 2) рентгенположительных лиц
- 3) работников пищевых предприятий
- 4) лиц, проживающих в общежитиях

75. Сколько лет должны храниться в ЛПУ по месту жительства данные нормальных рентгенофлюорографических исследований населения?

- 1) не менее года
- 2) не менее 2 лет
- 3) не менее 3 лет
- 4) не менее 5 лет

76. В какой группе диспансерного учета (ГДУ) должны наблюдаться вновь выявленные пациенты с деструктивными изменениями в легких и бактериовыделением с сохраненной лекарственной чувствительностью?

- 1) 1-А ГДУ
- 2) 1-Б ГДУ
- 3) 2 ГДУ
- 4) 3 ГДУ

77. В какой группе диспансерного учета (ГДУ) должны наблюдаться лица, клинически излеченные от туберкулеза органов дыхания с лекарственно-чувствительными формами МБТ?

- 1) 1-А ГДУ
- 2) 2-Б ГДУ
- 3) 3-А ГДУ
- 4) 4-А ГДУ

78. Группа диспансерного учета (ГДУ) детей и подростков, у которых выявлен «Вираз»:

- 1) 1-А ГДУ
- 2) 3-Б ГДУ
- 3) 4-А ГДУ
- 4) 6-А ГДУ

79. Группа диспансерного учета (ГДУ) детей и подростков, заболевших первичным туберкулезным комплексом без бактериовыделения:

- 1) 1-А ГДУ
- 2) 2-В ГДУ
- 3) 3-А ГДУ
- 4) 5-А ГДУ

80. Группа диспансерного учета (ГДУ) пациентов, у которых проведено не менее двух курсов противотуберкулезного лечения, закончившихся неудачей:

- 1) 1-А ГДУ
- 2) 2-В ГДУ
- 3) 2-А ГДУ
- 4) 2-Б ГДУ

81. Группа диспансерного учета (ГДУ) впервые выявленных лиц с МЛУ:

- 1) 1-А ГДУ
- 2) 2-В ГДУ
- 3) 2-А ГДУ
- 4) 2-Б ГДУ

82. Группа диспансерного учета (ГДУ) здоровых лиц, контактирующих с пациентом-бактериовыделителем:

- 1) 1 А ГДУ
- 2) 2 А ГДУ
- 3) 3 А ГДУ
- 4) 4 А ГДУ

83. Как назвать вспышку туберкулезного процесса у пациента туберкулезом легких, состоящего в 1-В группе диспансерного учета?

- 1) новое заболевание
- 2) обострение
- 3) ранний рецидив
- 4) поздний рецидив

84. Как назвать вспышки туберкулезного процесса у излеченных от туберкулеза лиц, состоящих на учете в 3 группе диспансерного учета?

- 1) новое заболевание
- 2) обострение
- 3) рецидив
- 4) прогрессирование заболевания

85. Врачи какой специальности должны активно выявлять пациентов с подозрением на туберкулез?

- 1) терапевты
- 2) педиатры
- 3) фтизиатры
- 4) любой врачебной специальности

86. Максимальная продолжительность выдачи больничного листа по временной нетрудоспособности стационарному пациенту туберкулезом по согласованию с ВКК, но без решения МРЭК:

- 1) до 2-х месяцев
- 2) до 4-х месяцев
- 3) до 6-ти месяцев
- 4) до 10-ти месяцев

87. Показания для направления пациентов туберкулезом на МРЭК с целью установления группы инвалидности:

- 1) необходимость продолжения лечения более 6 месяцев с положительной динамикой туберкулезного процесса
- 2) сохранение каверны в легком после 4 месяцев лечения
- 3) после эффективного хирургического лечения без нарушений функции дыхания
- 4) при выявлении пациента с запущенной формой туберкулеза и неэффективности лечения в течение 3-4 месяцев

88. Наиболее частая причина установления 2-й группы инвалидности пациенту туберкулезом легких при недостаточной эффективности основного курса химиотерапии:

- 1) нестойкое абациллирование мокроты
- 2) сохранение полости без дыхательной недостаточности
- 3) наличие полости и фиброза с явлениями легочно-сердечной недостаточности 2 степени
- 4) периодически появляющиеся непродолжительные кровохарканья без симптомов дыхательной недостаточности

89. Каким двум наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам отдается предпочтение на всех этапах лечения пациентов туберкулезом (по методике ВОЗ)?

- 1) левофлоксацин + этамбутол
- 2) изониазид + рифампицин
- 3) ПАСК + тибон
- 4) пиразинамид + этионамид

90. Наиболее верная тактика врача при выявлении высокой степени лекарственной устойчивости МБТ к изониазиду:

- 1) заменить на фтивазид
- 2) назначить изониазид внутривенно
- 3) отменить изониазид и назначить вместо него 2 препарата из группы резерва
- 4) увеличить суточную дозу изониазида

91. В какой ситуации устойчивость МБТ к двум препаратам следует расценивать как множественную лекарственную устойчивость?

- 1) изониазид+рифампицин
- 2) изониазид+левофлоксацин
- 3) рифампицин+этамбутол
- 4) рифампицин+этионамид

92. Какой противотуберкулезный препарат может приводить к развитию ретробульбарного неврита?

- 1) изониазид
- 2) рифампицин
- 3) этамбутол
- 4) пиразинамид

93. Какие два противотуберкулезных препарата нельзя применять одновременно при лечении пациента?

- 1) изониазид+фтивазид
- 2) рифампицин+изониазид
- 3) этамбутол+пиразинамид
- 4) левофлоксацин+рифампицин

94. Назовите наиболее эффективный препарат при лечении пациентов туберкулезом:

- 1) изониазид
- 2) левофлоксацин
- 3) рифампицин
- 4) этионамид

95. Назовите абсолютные противопоказания для назначения изониазида:

- 1) сердечная недостаточность
- 2) дыхательная недостаточность
- 3) снижение слуха
- 4) эпилепсия

Пояснение:

96. Назовите жизненно важные противотуберкулезные препараты:

- 1) изониазид
- 2) ПАСК
- 3) левофлоксацин
- 4) пиразинамид

97. Какое сочетание противотуберкулезных препаратов неприемлемо?

- 1) этионамид+протионамид
- 2) изониазид+ПАСК
- 3) изониазид+левофлоксацин
- 4) изониазид+канамицин

98. Назовите основное побочное действие изониазида:

- 1) ототоксичность
- 2) нейротоксичность
- 3) дисбактериоз
- 4) нефротоксичность

99. Длительность интенсивной фазы курса химиотерапии у пациентов 1-ой клинической категории согласно рекомендациям ВОЗ:

- 1) 4 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) 8 месяцев
- 4) 2 месяца

100. Какое количество химиопрепаратов необходимо назначить в первые два месяца лечения пациентам с ограниченной (малой) формой туберкулеза без деструкции в легких и без бактериовыделения?

- 1) два препарата
- 2) три препарата
- 3) четыре препарата
- 4) пять препаратов

101. Какое число противотуберкулезных препаратов должно быть назначено пациентам 1-ой клинической категории с сохраненной лекарственной чувствительностью в фазе продолжения лечения согласно методике ВОЗ?

- 1) два препарата
- 2) три препарата
- 3) четыре препарата
- 4) пять препаратов

102. Назовите основные побочные действия фторхинолонов:

- 1) ототоксичность
- 2) дисбактериоз
- 3) нейротоксическое
- 4) фотосенсибилизация

103. Основные принципы лечения туберкулеза:

- 1) длительность
- 2) комплексность
- 3) лечение только в стационаре
- 4) этапность

104. Какой противотуберкулезный препарат придает красную окраску моче, поту, слезам?

- 1) этионамид
- 2) пиразинамид
- 3) рифампицин
- 4) ПАСК

105. Наиболее частая побочная реакция при назначении рифампицина:

- 1) токсический гепатит
- 2) гриппоподобный синдром
- 3) лейкопения
- 4) нефротоксичность

106. Ваша тактика, если при приеме противотуберкулезных препаратов единственной жалобой пациента является слабый зуд кожных покровов:

- 1) отмена всех препаратов
- 2) назначение гормональных препаратов
- 3) назначение антигистаминных препаратов
- 4) назначение витаминов

107. Наиболее гепатотоксичный противотуберкулезный препарат:

- 1) изониазид
- 2) этамбутол
- 3) пиразинамид
- 4) циклосерин

108. Оптимальная суточная доза изониазида для взрослого пациента при однократном ежедневном приеме:

- 1) 0,3 г
- 2) 0,6 г
- 3) 0,9 г
- 4) 1,2 г



109. Оптимальная суточная доза рифампицина для взрослого пациента при однократном ежедневном приеме:

- 1) 0,3 г
- 2) 0,6 г
- 3) 0,9 г
- 4) 1,2 г

110. Основная побочная реакция на прием пиразинамида:

- 1) гиперурикемия
- 2) ототоксичность
- 3) нейротоксичность
- 4) фотосенсибилизация

111. Оптимальная суточная доза этамбутола для лечения взрослого пациента туберкулезом при однократном ежедневном введении:

- 1) 25 мг/кг
- 2) 50 мг/кг
- 3) 15 мг/кг
- 4) 10 мг/кг

112. Какое число противотуберкулезных препаратов должно быть включено в интенсивную фазу лечения пациента с рецидивом при наличии множественной лекарственной устойчивости МБТ?

- 1) два препарата
- 2) три препарата
- 3) не менее четырех препаратов
- 4) шесть и более препаратов

113. При каких сопутствующих заболеваниях у пациента туберкулезом не следует назначать рифампицин?

- 1) при гипертонической болезни
- 2) при гепатите
- 3) при колите
- 4) при стенокардии

114. Диагноз первичной лекарственной устойчивости устанавливается если:

- 1) обнаруживается устойчивость МБТ, выделенных от пациента, никогда не принимавшего противотуберкулезные препараты
- 2) обнаруживается устойчивость МБТ, выделенных от пациента, принимавшего противотуберкулезные препараты не более 4-х недель

- 3) произошло инфицирование пациента резистентными МБТ
- 4) обнаруживается устойчивость МБТ, выделенных от пациента, принимавшего противотуберкулезные препараты более 4-х недель

115. Вторичной резистентностью МБТ является если:

- 1) лекарственная устойчивость МБТ развивается в процессе лечения туберкулеза
- 2) лекарственная устойчивость МБТ обнаруживается у пациента, который никогда не принимал противотуберкулезные препараты
- 3) произошло инфицирование МБТ с лекарственной устойчивостью
- 4) лекарственная устойчивость обнаруживается у пациента, который принимал противотуберкулезные препараты менее 4-х недель

116. Наиболее частая причина формирования лекарственной устойчивости МБТ:

- 1) нерегулярный прием противотуберкулезных препаратов
- 2) прием противотуберкулезных препаратов per os
- 3) лечение одним противотуберкулезным препаратом
- 4) перерыв в лечении более 2-х месяцев

117. Лечебная тактика при туберкулезе определяется:

- 1) возрастом пациента
- 2) клинической формой туберкулеза
- 3) наличием бактериовыделения
- 4) наличие сопутствующей патологии

118. Патогенетическая терапия при туберкулезе имеет цель:

- 1) повысить сопротивляемость организма
- 2) замедлить формирование рубцовой ткани
- 3) подавить воспалительную реакцию
- 4) воздействовать на МБТ

119. Оптимальная суточная доза химиопрепарата при лечении пациента туберкулезом определяется всеми факторами за исключением:

- 1) переносимостью химиопрепарата
- 2) фармакокинетикой химиопрепарата
- 3) массой тела и возрастом пациента
- 4) кратностью приема

120. Назовите резервные противотуберкулезные препараты:

- 1) изониазид
- 2) пиразинамид
- 3) ПАСК
- 4) фторхинолоны

121. Оптимальная схема лечения в интенсивную фазу пациента очаговым туберкулезом легких без бактериовыделения согласно рекомендациям ВОЗ:

- 1) изониазид+рифампицин
- 2) изоназид+рифампицин+пиразинамид+этамбутол
- 3) пиразинамид+этамбутол
- 4) изониазид+рифампицин+пиразинамид+левофлоксацин

122. Лечение впервые выявленных пациентов с распространенными формами туберкулеза с бактериовыделением и сохраненной лекарственной чувствительностью в фазе продолжения:

- 1) изониазид+рифампицин+пиразинамид+этамбутол в течение двух месяцев
- 2) изониазид+этамбутол+пиразинамид+этионамид в течение двух месяцев
- 3) рифампицин+изониазид в течение четырех месяцев
- 4) рифампицин+этамбутол в течение двух месяцев

123. Наиболее эффективный метод контроля за приемом химиопрепаратов пациентами туберкулезом в амбулаторных условиях:

- 1) выдача препаратов на руки больному не более чем на 5-7 дней
- 2) контроль за приемом антибактериальных препаратов родственниками
- 3) лабораторный контроль на присутствие препарата или его метаболитов в моче
- 4) прием препаратов в присутствии медицинского работника в условиях медучреждения

124. На сколько дней, как правило, выдаются противотуберкулезные препараты пациенту при контролируемом амбулаторном лечении?

- 1) 2-3 дня
- 2) 7-10 дней
- 3) 15-20 дней
- 4) не выдаются

125. Какие методы патогенетического лечения наиболее показаны у пациентов со свежими распространенными инфильтративными изменениями в легких?

- 1) десенсибилизирующие
- 2) противовоспалительные
- 3) стимулирующие
- 4) общеукрепляющие

126. Какие патогенетические средства рекомендуется в первую очередь назначать больным экссудативным туберкулезным плевритом?

- 1) витамины группы В
- 2) кортикостероиды
- 3) физиотерапевтические методы лечения
- 4) иммуностимуляторы

127. При какой клинической форме и фазе туберкулезного процесса может быть наложен искусственный пневмоторакс с лечебной целью?

- 1) очаговый туберкулез в фазе инфильтрации
- 2) кавернозный туберкулез
- 3) туберкулема в фазе распада
- 4) фиброзно-кавернозный туберкулез в фазе инфильтрации и обсеменения

128. При какой клинической форме и фазе туберкулезного процесса возможно наложение пневмоперитонеума с лечебной целью?

- 1) при одностороннем очаговом туберкулезе в фазе инфильтрации
- 2) при подостром диссеминированном туберкулезе легких в фазе инфильтрации и распада, осложненном кровохарканьем
- 3) при облаковидном инфильтрате без распада в верхней доле справа
- 4) при фиброзно-кавернозном туберкулезе верхней доли правого легкого

129. Показания для выполнения резекции легкого по поводу туберкулеза:

- 1) инфильтративный туберкулез С<sub>2</sub> правого легкого в фазе распада и обсеменения
- 2) подострый диссеминированный туберкулез верхних долей обоих легких в фазе инфильтрации и распада
- 3) цирротический туберкулез верхней доли правого легкого

- 4) туберкулема крупных размеров  $C_1$  правого легкого в фазе распада

130. Наиболее часто применяемый способ хирургического лечения туберкулеза легких в настоящее время:

- 1) резекция части легкого
- 2) кавернотомия
- 3) торакопластика
- 4) дренирование каверны

131. Оптимальный срок для оперативного вмешательства на легком по поводу сохраняющейся каверны после проведенного интенсивного курса химиотерапии:

- 1) через 2 месяца
- 2) через 3 месяца
- 3) через 4 месяца
- 4) через 5-6 месяцев

132. Наиболее характерные грудные жалобы пациентов с туберкулезом легких:

- 1) сухой надсадный кашель в течение недели
- 2) длительный, постепенно усиливающийся кашель с небольшим количеством мокроты
- 3) кашель с обильным количеством мокроты по утрам
- 4) относительно редкий кашель в течение многих лет с легко отделяющейся мокротой слизисто-гнойного характера

133. Симптом, более «подозрительный» на туберкулез:

- 1) потливость
- 2) боль в груди
- 3) одышка
- 4) невысокая лихорадка во второй половине дня более трех недель

134. Симптом, более «подозрительный» на туберкулез:

- 1) озноб
- 2) слабость
- 3) небольшой постоянный кашель более трех недель
- 4) выделение большого количества мокроты при кашле в течение суток

135. Метод выявления туберкулеза, относящийся к обязательному диагностическому минимуму (ОДМ):

- 1) бактериологическое исследование материала на МБТ
- 2) гистологическое исследование биоптата
- 3) бактериоскопическое исследование патологического материала на МБТ
- 4) сведения о функции внешнего дыхания

136. Метод выявления туберкулеза, относящийся к обязательно-му диагностическому минимуму (ОДМ):

- 1) бактериологическое исследование мокроты на МБТ
- 2) сведения о характере и длительности контакта с больным туберкулезом
- 3) данные гистологического исследования биоптата легкого
- 4) бронхоскопическое исследование

137. Метод выявления туберкулеза, относящийся к обязательно-му диагностическому минимуму (ОДМ):

- 1) общий анализ крови
- 2) биохимическое исследование крови
- 3) гистологическое исследование биоптата легкого
- 4) сведения о функции внешнего дыхания

138. Метод выявления туберкулеза, относящийся к обязательно-му диагностическому минимуму (ОДМ):

- 1) бронхоскопическое исследование
- 2) рентгенологическое исследование легких (обзорная рентгенограмма органов грудной клетки)
- 3) томографическое исследование легких
- 4) гистологическое исследование биоптата легкого

139. Метод выявления туберкулеза, относящийся к дополнительному диагностическому минимуму (ДДМ):

- 1) сведения о предшествующих рентгенологических исследованиях легких
- 2) данные настоящего рентгенологического исследования легких
- 3) томографическое исследование легких
- 4) сведения о функции внешнего дыхания

140. Метод выявления туберкулеза, относящийся к дополнительному диагностическому минимуму (ДДМ):

- 1) общий анализ крови
- 2) биохимический анализ крови
- 3) бактериоскопическое исследование мокроты на МБТ

- 4) проба Манту с 2ТЕ ППД-Л

141. Методы выявления туберкулеза, относящиеся к дополнительному диагностическому минимуму (ДДМ):

- 1) данные физикального обследования пациента
- 2) данные о предшествующих рентгенологических исследованиях легких
- 3) данные настоящего рентгенологического исследования легких
- 4) бронхоскопия и другие эндоскопические методы

142. Метод выявления туберкулеза, относящийся к дополнительному диагностическому минимуму (ДДМ):

- 1) общий анализ крови
- 2) бактериологическое исследование мокроты на МБТ
- 3) бактериоскопическое исследование мокроты на МБТ
- 4) проба Манту с 2ТЕ ППД-Л

143. Метод выявления туберкулеза, относящийся к факультативному диагностическому минимуму (ФДМ):

- 1) сведения о предшествующих рентгенологических исследованиях легких
- 2) данные настоящего рентгенологического исследования легких
- 3) томографическое исследование легких
- 4) сведения о функции внешнего дыхания

144. Метод выявления туберкулеза, относящийся к факультативному диагностическому минимуму (ФДМ):

- 1) данные физикального обследования пациента
- 2) данные настоящего рентгенологического обследования легких
- 3) сведения о предшествующих рентгенологических исследованиях легких
- 4) данные электрокардиографии

145. Основной метод выявления туберкулеза у нетранспортабельных пациентов:

- 1) флюорографическое исследование органов грудной клетки
- 2) обзорная рентгенограмма легких
- 3) томография легких
- 4) исследования мокроты на МБТ

146. Достоверный и общедоступный метод диагностики туберкулеза легких, относящийся к обязательному диагностическому минимуму:

- 1) рентгенологический
- 2) общеклинический
- 3) бронхологический
- 4) исследование мокроты на МБТ методом бактериоскопии

147. Какая клиническая форма относится к первичному туберкулезу?

- 1) очаговый туберкулез легких
- 2) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- 3) туберкулема
- 4) инфильтративный туберкулез легких

148. Какая туберкулиновая проба Манту обычно характерна для туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей?

- 1) сомнительная
- 2) слабоположительная в течение 3 лет
- 3) нормергическая в течение 5 лет
- 4) «вираж» туберкулиновой пробы

149. К параспецифическим реакциям при первичном туберкулезе не относят:

- 1) узловатую эритему
- 2) кератоконъюнктивит
- 3) полиартрит Понсе
- 4) регионарный лимфаденит

150. Какой наиболее информативный из рентгенологических методов обследования применяется при внутригрудных лимфаденопатиях?

- 1) обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции
- 2) бронхография
- 3) срединная томограмма через корень легких
- 4) прицельная рентгенограмма

151. Какое осложнение наиболее часто может наблюдаться при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов у детей?

- 1) легочное кровотечение
- 2) образование каверны
- 3) ателектаз



4) легочно-сердечная недостаточность

152. Какие группы периферических лимфоузлов наиболее часто поражаются у детей и подростков при туберкулезе?

- 1) подключичные
- 2) паховые
- 3) шейные
- 4) кубитальные

153. Какие признаки не типичны для локальных форм первичного туберкулеза?

- 1) поражение лимфатической системы
- 2) высокая степень специфической сенсибилизации организма
- 3) благоприятное течение с постепенным обызвествлением участков поражения
- 4) неуклонное прогрессирование с образованием каверн и бактериовыделением

154. Какой наиболее информативный метод исследования помогает уточнить этиологию периферического лимфаденита?

- 1) рентгенологический
- 2) бактериологический
- 3) иммунологический
- 4) гистологический (биопсия)

155. Какой патоморфологический признак, из перечисленных ниже и входящий в состав туберкулезной гранулемы, является наиболее достоверным для заключения о туберкулезной природе патоморфологических изменений в биопсийном материале?

- 1) лимфоциты
- 2) гигантские клетки Пирогова-Лангханса
- 3) казеозный некроз
- 4) эпителиоидные клетки

156. Возможное осложнение туберкулеза периферических лимфатических узлов:

- 1) свищ
- 2) флегмона
- 3) кровотечение
- 4) сепсис

157. Наиболее частый вариант заживления легочного компонента первичного туберкулезного комплекса:

- 1) уплотнение
- 2) рассасывание
- 3) обызвествление
- 4) цирроз

158. Сроки окончательного формирования кальцинатов в легком и средостении после перенесенного первичного туберкулеза у детей и подростков:

- 1) через 6 месяцев
- 2) через 1 год
- 3) через 5 лет
- 4) через 1,5-2 и более лет

159. Дифференциальную диагностику инфильтративного варианта туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей следует чаще всего проводить с:

- 1) центральным раком
- 2) прикорневой пневмонией
- 3) тератомой
- 4) лимфогранулематозом

160. Дифференциальную диагностику первичного туберкулезного комплекса у детей и подростков следует чаще всего проводить с:

- 1) саркоидозом внутригрудных лимфатических узлов и легких
- 2) новообразованием
- 3) неспецифической пневмонией
- 4) лимфогранулематозом

161. Сроки появления на обзорной рентгенограмме легких мелкоочаговой диссеминации при милиарном туберкулезе:

- 1) в первый день острых клинических проявлений
- 2) через 3-4 дня
- 3) через 10-15 дней
- 4) к концу месяца

162. Какой метод исследования является основным в диагностике милиарного туберкулеза легких?

- 1) бронхоскопия
- 2) рентгенография в 3-х проекциях (прямой и боковых)
- 3) исследование мокроты на КУБ методом бактериоскопии
- 4) исследование общего анализа крови

163. Какой метод обследования пациента в большинстве случаев является решающим в своевременной диагностике милиарного туберкулеза?

- 1) общий анализ крови
- 2) проба Манту
- 3) бронхоскопия
- 4) повторно выполненные через 2 недели от начала заболевания обзорные рентгенограммы легких в 3-х проекциях

164. Рентгенологическая картина при милиарном туберкулезе легких:

- 1) множественные малоинтенсивные очаги различных размеров в обоих легких, местами сливающиеся между собой в фокусы с просветлениями
- 2) множественные малоинтенсивные мелкие очажки «просовидного» характера по всем легочным полям обоих легких, легочной рисунок не определяется
- 3) в средних и нижних отделах обоих легких определяются множественные крупные очаговые тени значительной интенсивности с четкими контурами
- 4) в верхних отделах обоих легких на фоне умеренного пневмофиброза определяются очаговые тени различной интенсивности

165. Характерная клиническая картина при милиарном туберкулезе легких:

- 1) постепенное начало, температура тела с субфебрильных цифр стабилизировалась утром и вечером на 39-40°C, кашель и одышка отсутствуют
- 2) острое начало, температура до 40°C, озноб, через несколько дней появился кашель с большим количеством мокроты
- 3) острое начало, температура тела утром субфебрильная, вечером 39-40°C, сильная потливость по ночам, беспокоит выраженная одышка, кашель небольшой
- 4) острое начало, температура тела субфебрильная, беспокоит сильный приступообразный сухой кашель с болевыми ощущениями за грудиной

166. Рентгенологический исход патоморфологических изменений при милиарном туберкулезе легких в случае своевременной диагностики и длительной интенсивной химиотерапии:

- 1) частичное рассасывание и уплотнение очагов

- 2) полное рассасывание очагов без видимых остаточных изменений
- 3) формирование множественных мелких кальцинатов
- 4) формирование диффузного пневмосклероза с включением плотных очаговых теней

167. Рентгенологическая картина при подостром варианте диссеминированного туберкулеза легких:

- 1) множественные полиморфные очаги различной интенсивности с участками просветлений на фоне пневмофиброза в верхних сегментах обоих легких
- 2) множественные мелкие очажки значительной интенсивности в обоих легких без деструкций в средне-нижних отделах, корни уплотнены
- 3) множественные невысокой интенсивности разновеликие очаги в верхних отделах обоих легких, местами сливающиеся в фокусы с участками тонкостенных кольцевидных просветлений
- 4) множественные очаги различной величины, невысокой интенсивности в субкортикальных зонах средних отделов обоих легких без деструкций, корни с обеих сторон резко расширены за счет увеличенных бронхопульмональных лимфоузлов

168. Рентгенологические признаки хронического варианта диссеминированного туберкулеза легких:

- 1) множественные мелкие малоинтенсивные очаги в обоих легких без деструкций
- 2) множественные очаги различной величины и интенсивности с наличием полостей распада с фиброзно-склеротическими изменениями в верхних сегментах обоих легких
- 3) множественные фокусы инфильтрации сливного характера в обоих легких с нечеткими контурами
- 4) множественные мелкие интенсивные очажки в средне-нижних отделах обоих легких на фоне сетчатого пневмосклероза

169. При какой форме туберкулеза легких, несмотря на проводимую химиотерапию, отмечается чаще всего менее благоприятный прогноз?

- 1) инфильтративный (облаковидный вариант) туберкулез легких с распадом, БК+
- 2) милиарный туберкулез легких, БК-

- 3) подострый диссеминированный туберкулез легких с распадом, БК+
- 4) хронический диссеминированный туберкулез легких, БК+

170. В какие сроки от начала заболевания чаще всего проявляется выраженный менингеальный синдром у пациентов с туберкулезным менингитом?

- 1) через 1-3 дня
- 2) через 7-10 дней
- 3) через 14-21 день
- 4) через 30-45 дней

171. Важнейший диагностический тест туберкулезного менингита:

- 1) менингеальный синдром
- 2) рентгенологические свидетельства легочного туберкулеза
- 3) высокое давление цереброспинальной жидкости
- 4) спутанное сознание

172. Основной и решающий метод исследования при диагностике туберкулезного менингита:

- 1) люмбальная пункция с лабораторным исследованием ликвора, в том числе и на МБТ
- 2) клинический с изучением особенностей течения заболевания
- 3) многократные исследования мокроты на МБТ
- 4) данные неврологического статуса

173. Количество клеток в  $1 \text{ мм}^3$  ликвора, наиболее характерное для туберкулезного менингита:

- 1) 10-30
- 2) 200-400
- 3) 1000-1200
- 4) 2000-2500

174. Какие показатели содержания сахара в спинномозговой жидкости более характерны для пациента с выраженными клиническими проявлениями туберкулезного менингита?

- 1) 1,5 ммоль/л
- 2) 3,5 ммоль/л
- 3) 4,5 ммоль/л
- 4) 5,5 ммоль/л

175. Какой путь введения противотуберкулезных препаратов предпочтительнее при лечении пациентов с туберкулезным менингитом?

- 1) эндолюмбальный
- 2) пероральный
- 3) ингаляционный
- 4) внутривенный и внутримышечный

176. Фаза, выставаемая в клиническом диагнозе, при активном туберкулезном процессе:

- 1) уплотнение
- 2) рубцевание
- 3) инфильтрация
- 4) обызвествление

177. Фаза, выставаемая в клиническом диагнозе, при излечении туберкулезного процесса:

- 1) инфильтрации
- 2) распада
- 3) обсеменения
- 4) обызвествления

178. Основной метод диагностики очагового туберкулеза легких:

- 1) рентгенологический
- 2) исследование мокроты на МБТ
- 3) бронхоскопия с биопсией
- 4) компьютерная томография

179. Наиболее характерная клиническая картина при очаговом туберкулезе легких:

- 1) выраженная слабость, утомляемость, длительный малопродуктивный кашель
- 2) клинические симптомы заболевания отсутствуют или выражены мало
- 3) кашель с гнойной мокротой, одышка
- 4) сухой кашель, кровохарканье, болевые ощущения в грудной клетке

180. Данные осмотра грудной клетки при очаговом туберкулезе:

- 1) грудная клетка бочкообразной формы, в надключичной зоне верхушки вздуты, выпячены
- 2) грудная клетка без особенностей, патологических изменений не определяется

- 3) грудная клетка асимметричная, одна из сторон отстаёт в акте дыхания
- 4) одна из сторон отстаёт в акте дыхания, межреберные промежутки с этой стороны сглажены

181. В каких сегментах легких чаще всего локализуется очаговый туберкулез?

- 1) в первом
- 2) в третьем
- 3) в четвертом
- 4) в пятом

182. Очаговый туберкулез легких при прогрессирующем течении чаще всего переходит:

- 1) в диссеминированный
- 2) в туберкулему
- 3) в цирротический туберкулез
- 4) в инфильтративный

183. При какой фазе туберкулеза легких чаще всего определяется бактериовыделение?

- 1) распада
- 2) рассасывания
- 3) уплотнения
- 4) инфильтрации

184. Рентгенологические признаки активности очагового туберкулеза легких:

- 1) слабая интенсивность, нечеткие контуры очагов
- 2) высокая интенсивность, неровные четкие контуры очагов
- 3) петрифицированные очаги
- 4) интенсивность очагов не изменилась через 2 месяца химиотерапии

185. Наиболее частый исход при очаговом туберкулезе легких:

- 1) частичное рассасывание и уплотнение очагов
- 2) полное рассасывание очагов
- 3) формирование туберкулемы
- 4) формирование ограниченного цирроза

186. Очаговый туберкулез легких чаще всего дифференцируют:

- 1) с периферическим раком
- 2) с эозинофильной пневмонией

- 3) с бактериальной очаговой пневмонией
- 4) с доброкачественной опухолью

187. Какой клинико-рентгенологический вариант инфильтративного туберкулеза легких наиболее часто встречается в настоящее время?

- 1) лобулярный, округлый
- 2) облаковидный
- 3) перисциссурит
- 4) лобит

188. Достоверный диагностический тест в пользу инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада:

- 1) гиперергический характер туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л
- 2) периодически отмечаемое кровохарканье
- 3) обнаружение МБТ в мокроте
- 4) отсутствие положительного эффекта при проведении противовоспалительной терапии

189. Наиболее характерная клиническая симптоматика при облаковидном туберкулезном инфильтрате:

- 1) выраженный интоксикационный синдром, температура тела до 39-40°C, кашель с гнойной мокротой
- 2) длительная небольшая слабость, потливость, температура по вечерам до 37,5°C, покашливание со скудным количеством мокроты
- 3) клиническая симптоматика отсутствует
- 4) беспокоит сухой приступообразный кашель, одышка, боль в грудной клетке, температура тела иногда 37,1-37,3°C

190. Общее состояние пациента с казеозной пневмонией, как правило, бывает:

- 1) удовлетворительное
- 2) средней тяжести
- 3) тяжелое, с выраженной интоксикацией
- 4) относительно удовлетворительное, небольшая слабость, потливость

191. Данные аускультации при казеозной пневмонии:

- 1) единичные сухие хрипы над пораженным участком легкого
- 2) единичные сухие и мелкопузырчатые влажные хрипы
- 3) обильные катаральные изменения в проекции поражения легких



- 4) дыхание везикулярное без катаральных явлений

192. Характер рентгенологических данных при лобарной казеозной пневмонии:

- 1) сливные конгломератные образования с фиброзным перерождением легочной ткани
- 2) одиночная полость распада с широкой и неравномерной перикавитарной зоной воспаления, связанная с измененным корнем легкого
- 3) множественные полости распада на фоне обширного неравномерного интенсивного затенения за счет инфильтрации верхней доли справа, а также множественные очаги обсеменения в обоих легких
- 4) усиление легочного рисунка в зоне поражения, его деформация, сетчатость, увеличение корня легкого за счет реактивного аденита

193. Что является наиболее информативным в дифференциальной диагностике казеозной пневмонии с крупозной пневмонией?

- 1) анамнез заболевания и данные объективного обследования
- 2) данные бронхоскопии
- 3) исследование мокроты на МБТ
- 4) рентгенологические данные

194. Туберкулема легких наиболее часто формируется из:

- 1) диссеминированного туберкулеза
- 2) очагового туберкулеза
- 3) инфильтративного туберкулеза
- 4) кавернозного туберкулеза

195. Рентгенологические признаки и локализация, характерные для туберкулемы легких:

- 1) правильной шаровидной формы тень с ровными дугообразными очертаниями в третьем сегменте ( $C_3$ )
- 2) интенсивное гомогенное округлое образование, резко ограниченное от здоровой ткани с бугристыми контурами в нижней доле легкого ( $C_8$ )
- 3) округлое интенсивное образование неоднородного характера с эксцентрическим распадом во втором сегменте легкого ( $C_2$ ), наличие очаговых изменений в окружающей легочной ткани
- 4) округлая однородного характера тень в прикорневой зоне ( $C_5$ )

196. Какой лабораторный тест является наиболее информативным в пользу туберкулемы легкого без распада?

- 1) исследование промывных вод бронхов на БК
- 2) туберкулинодиагностика с получением гиперергической пробы Манту
- 3) данные гематологических исследований
- 4) иммунологические исследования (РБТЛ, ИФА и др.)

197. Наиболее типичный исход туберкулемы после химиотерапии по рентгенологическим данным:

- 1) полное рассасывание
- 2) формирование немногочисленных фиброзных очагов
- 3) формирование звездчатого рубца
- 4) сохранение фокуса затенения без динамики

198. Какой вид лечения дает наилучшие результаты при туберкулезе легкого с распадом?

- 1) интенсивная полихимиотерапия
- 2) полихимиотерапия и патогенетическое лечение
- 3) резекция пораженного участка легкого с последующей химиотерапией
- 4) коллапсотерапия с одновременной полихимиотерапией

199. Клиническая форма, из которой наиболее часто развивается кавернозный туберкулез:

- 1) очаговый туберкулез
- 2) инфильтративный туберкулез
- 3) фиброзно-кавернозный туберкулез
- 4) диссеминированный туберкулез легких

200. Какая клиническая форма может перейти в кавернозный туберкулез легких при прогрессировании процесса?

- 1) первичный туберкулезный комплекс
- 2) милиарный туберкулез
- 3) очаговый туберкулез
- 4) инфильтративный туберкулез

201. Назовите основной путь распространения инфекции из каверны при прогрессировании туберкулеза:

- 1) лимфогенный
- 2) бронхогенный
- 3) гематогенный
- 4) контактный

202. Рентгенологический дифференциально-диагностический признак, характерный для туберкулезной полости:

- 1) значительное количество жидкости в полости
- 2) реакция в окружающей ткани в виде появления полиморфных очаговых теней
- 3) увеличение корня легкого за счет реактивного аденита
- 4) широкая и неравномерная перикавитарная зона воспаления

203. Нехарактерный клинический признак для туберкулезной каверны:

- 1) кашель
- 2) мокрота слизисто-гнойного характера в количестве 30-60 мл в сутки
- 3) мокрота гнойная до 200-300 мл
- 4) кровохарканье

204. Достоверный метод лабораторной диагностики, позволяющий сделать заключение о наличии туберкулезной полости в легком:

- 1) исследование гематологических показателей
- 2) исследование туберкулиновой чувствительности по пробе Манту
- 3) исследование мокроты на МБТ методом бактериоскопии с положительным результатом
- 4) иммунологические исследования (РБТЛ, ИФА и др.)

205. Основная причина, приводящая к быстрому увеличению каверны в размерах и одновременному истончению ее стенок при кавернозном туберкулезе легких:

- 1) прогрессирование туберкулезного процесса
- 2) образование бронхо-плеврального свища
- 3) нарушение дренажной функции бронха
- 4) очищение каверны от казеозно-некротического слоя

206. Наиболее частый морфологический вариант заживления кавернозного туберкулеза легких:

- 1) рубец звездчатый или линейный
- 2) псевдокиста
- 3) туберкулема
- 4) цирроз

207. Клиническая форма туберкулеза легких, которая при прогрессировании сразу переходит в фиброзно-кавернозный туберкулез:

- 1) диссеминированный туберкулез

- 2) кавернозный туберкулез
- 3) туберкулема
- 4) инфильтративный туберкулез

208. Рентгенологические признаки, характерные для фиброзно-кавернозного туберкулеза легких:

- 1) полость неправильной формы, с неровными очертаниями, с наличием перифокальной реакции
- 2) тонкостенная полость без уровня жидкости
- 3) полость с неравномерной толщиной стенки, внутренняя стенка неровная, выражена реакция со стороны корня легкого
- 4) полость с толстыми фиброзными стенками, легкое уменьшено в объеме, имеются очаги отсева в окружающей легочной ткани

209. Наиболее частая причина смерти пациентов фиброзно-кавернозным туберкулезом легких:

- 1) амилоидоз внутренних органов
- 2) спонтанный пневмоторакс
- 3) легочное кровотечение
- 4) очередная выраженная вспышка туберкулезного процесса с прогрессирующим течением

210. Какая клиническая форма туберкулеза легких чаще всего переходит в цирротический туберкулез?

- 1) очаговый
- 2) кавернозный
- 3) инфильтративный (лобит)
- 4) туберкулема

211. Что наиболее характерно для цирроза легких туберкулезной этиологии?

- 1) локализация поражения в нижних сегментах легких
- 2) характер туберкулиновой чувствительности на пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л
- 3) отсутствие сведений о перенесенном туберкулезе в анамнезе
- 4) наличие на рентгенограмме патоморфологических включений в циррозе в виде кальцинатов и плотных фиброзных очагов

212. Наиболее часто встречающиеся остаточные изменения в легких после излеченного туберкулеза:

- 1) эмфизема
- 2) цирроз
- 3) фиброзно-очаговые изменения
- 4) фиброз

213. Достоверный метод диагностики наличия выпота в плевральной полости:

- 1) выявление тупости при перкуссии грудной клетки
- 2) отсутствие дыхательных шумов в проекции обширного затенения при аускультации легких
- 3) наличие на рентгенограмме обширного гомогенного затенения
- 4) получение свободной жидкости при пункции плевральной полости

214. Какой вид рентгенологического исследования позволяет сделать заключение о наличии свободной жидкости в плевральной полости?

- 1) обзорная рентгенография легких
- 2) томография
- 3) рентгеноскопия органов грудной клетки с латерографией
- 4) флюорография

215. Какая рентгенограмма наиболее информативна при диагностике междолевых плевритов?

- 1) прицельная
- 2) боковая
- 3) в прямой проекции
- 4) в косой проекции

216. Достоверный показатель лабораторного исследования плевральной жидкости, свидетельствующий о туберкулезной этиологии плеврита:

- 1) высокий удельный вес
- 2) положительная проба Ривальта
- 3) лимфоцитарный тип клеточного содержания лейкоцитов
- 4) обнаружение МБТ в экссудате

217. Для какой клинической формы туберкулеза легких характерно скрытое и малосимптомное течение?

- 1) экссудативный плеврит
- 2) милиарный туберкулез
- 3) туберкулема

- 4) инфильтративный (перисциссурит) туберкулез

218. Для какой клинической формы туберкулеза легких характерно, как правило, острое внезапное начало?

- 1) инфильтративный (облаковидный) туберкулез
- 2) милиарный туберкулез
- 3) подострый диссеминированный туберкулез
- 4) кавернозный туберкулез

219. Для какой клинической формы туберкулеза легких чаще характерно состояние туберкулиновой анергии при постановке пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л?

- 1) инфильтративный туберкулез
- 2) очаговый туберкулез
- 3) казеозная пневмония
- 4) фиброзно-кавернозный туберкулез в период ремиссии

220. При какой фазе туберкулезного процесса в легких чаще всего может наблюдаться кровохарканье?

- 1) распада
- 2) инфильтрации
- 3) рассасывания
- 4) уплотнения

221. При какой клинической форме туберкулеза легких чаще всего наблюдаются кровохарканье и легочное кровотечение?

- 1) подострый диссеминированный туберкулез в фазе распада
- 2) очаговый туберкулез в фазе распада
- 3) туберкулема в фазе распада
- 4) милиарный туберкулез в фазе инфильтрации

222. Препарат, назначаемый при легочном кровотечении для повышения свертываемости крови:

- 1) аминакапроновая кислота
- 2) сульфокамфокаин
- 3) димедрол
- 4) эуфиллин

223. Положение пациента с легочным кровотечением:

- 1) лежа на спине
- 2) полусидячее с опущенными ногами
- 3) с приподнятыми нижними конечностями
- 4) лежа на боку

224. Какие лекарственные препараты не применяются при легочном кровотечении?

- 1) хлористый кальций
- 2) гепарин
- 3) викасол
- 4) фибриноген

225. Препараты, предупреждающие возникновение аспирационной пневмонии у пациентов с туберкулезом легких после легочного кровотечения:

- 1) антибактериальные препараты
- 2) отхаркивающие и противокашлевые
- 3) бронхолитики
- 4) кортикостероиды

226. Наиболее частая причина смерти при легочном кровотечении:

- 1) кровопотеря
- 2) аспирационная пневмония
- 3) асфиксия
- 4) коллапс

227. Какая клиническая форма туберкулеза легких чаще всего может осложниться спонтанным пневмотораксом?

- 1) казеозная пневмония
- 2) очаговый туберкулез в фазе распада
- 3) милиарный туберкулез в фазе инфильтрации
- 4) туберкулема в фазе распада

228. Основной метод диагностики спонтанного пневмоторакса:

- 1) клинический
- 2) рентгенологический
- 3) перкуссия
- 4) аускультация

229. Основной метод лечения спонтанного пневмоторакса:

- 1) обезболивающие средства
- 2) сердечные средства
- 3) аспирация воздуха из плевральной полости
- 4) противокашлевые средства

230. Наиболее частая причина смерти при спонтанном пневмотораксе:

- 1) пневмоплеврит
- 2) плевропульмональный шок
- 3) дыхательная недостаточность
- 4) пневмония

231. Виды спонтанного пневмоторакса по механизму возникновения:

- 1) закрытый
- 2) пристеночный
- 3) субтотальный
- 4) тотальный

232. Виды спонтанного пневмоторакса по объему воздуха:

- 1) открытый
- 2) клапанный (напряженный)
- 3) субтотальный
- 4) закрытый

233. Объем воздуха при частичном (пристеночном) пневмотораксе составляет:

- 1) до 25 % воздуха
- 2) до 50 % воздуха
- 3) до 30 % воздуха
- 4) свыше 50 % воздуха

234. Главный отличительный признак при дифференциальной диагностике легочного и желудочного кровотечения:

- 1) вид крови
- 2) механизм кровотечения
- 3) поведение пациента
- 4) данные рентгенологического обследования

235. В дифференциальной диагностике туберкулезного менингита от других заболеваний центральной нервной системы определяющим является:

- 1) исследование периферической крови
- 2) биохимическое исследование крови
- 3) исследование спинномозговой жидкости
- 4) общий анализ мочи

236. При туберкулезе периферических лимфатических узлов чаще всего поражается:

- 1) подмышечная группа



- 2) паховая группа
- 3) шейная группа
- 4) подчелюстная группа

237. Начало заболевания при туберкулезе периферических лимфатических узлов обычно:

- 1) острое
- 2) подострое
- 3) хроническое
- 4) постепенное

238. Наиболее частым осложнением туберкулезного лимфаденита является:

- 1) образование свищей
- 2) кровотечение
- 3) аллергические реакции
- 4) кальцинация

239. Назовите формы туберкулезного перитонита:

- 1) бугорковая
- 2) экссудативная
- 3) слипчивая
- 4) токсическая

240. Какие группы периферических лимфатических узлов поражаются чаще при туберкулезе:

- 1) шейные и подчелюстные
- 2) паховые и подмышечные
- 3) бедренные и подколенные
- 4) октевые и паховые

241. Достоверным признаком туберкулезного лимфаденита является:

- 1) наличие тубконтакта в анамнезе
- 2) туберкулинодиагностика
- 3) лабораторные анализы крови
- 4) гистологическое и бактериологическое исследование пораженного лимфатического узла

242. Максимальная длительность исследования мокроты на МБТ методом «ВАСТЕС»:

- 1) 2 недели
- 2) 4 месяца

- 3) 42 дня
- 4) 5 дней

243. Максимальная длительность исследования мокроты на МБТ методом «Хайн-тест»:

- 1) 2 дня
- 2) 4 недели
- 3) 5 дней
- 4) 3 месяца

244. Длительность исследования мокроты на МБТ методом «Джин-эксперт» составляет:

- 1) 2 часа
- 2) 4 недели
- 3) 1-2 дня
- 4) 3 месяца

245. К достоверным методам диагностики туберкулеза относят:

- 1) методы обнаружения возбудителя туберкулеза
- 2) туберкулинодиагностика
- 3) гистологические методы исследования
- 4) рентгенологические методы исследования

246. К косвенным методам диагностики туберкулеза относят:

- 1) методы обнаружения возбудителя туберкулеза
- 2) туберкулинодиагностика
- 3) гистологические методы исследования
- 4) рентгенологические методы исследования

247. Характерные признаки транссудата:

- 1) уровень белка более 30 г/л
- 2) положительная проба Ривальта
- 3) удельный вес менее 1018
- 4) эозинофильный характер жидкости

248. Эффективными мероприятиями в борьбе с кровохарканьем являются:

- 1) наложение артериальных жгутов на конечности до 40 мин
- 2) назначение антибактериальных препаратов
- 3) назначение противотуберкулезных лекарственных средств
- 4) внутривенное введение 5% раствора аминокaproновой кислоты

249. Основные клинические симптомы спонтанного пневмоторакса:

- 1) лихорадка, кашель с мокротой
- 2) боли в груди и одышка
- 3) лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди
- 4) боли в груди, затрудненное дыхание, кашель с мокротой

250. Основной причиной легочного кровотечения у пациентов с туберкулезом является:

- 1) повреждение стенок кровеносных сосудов
- 2) нарушение в свертывающей системе крови
- 3) травма грудной клетки
- 4) застойные явления в малом круге кровообращения

251. Основной причиной смерти пациентов с легочным кровотечением является:

- 1) геморрагический шок
- 2) острая пневмония
- 3) асфиксия
- 4) легочно-сердечная недостаточность

252. Спонтанный пневмоторакс – это:

- 1) проникновение воздуха в плевральную полость
- 2) проникновение воздуха в плевральную полость у практически здорового человека без каких-либо видимых причин
- 3) проникновение воздуха в брюшную полость

253. Спонтанный пневмоторакс является самым частым осложнением:

- 1) абсцесса легкого
- 2) туберкулеза легких
- 3) опухоли легкого
- 4) буллезной эмфиземы легкого

254. Основными факторами, способствующими возникновению туберкулеза и его неблагоприятному течению, являются все перечисленные, кроме:

- 1) нарушения обмена веществ
- 2) поражения органов кровообращения
- 3) нарушения функции паренхиматозных органов
- 4) изменения иммунной системы

255. Повышают риск развития туберкулеза все перечисленные заболевания, кроме:

- 1) сахарного диабета
- 2) язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
- 3) алкоголизма
- 4) артериальной гипертензии

256. Клиническое течение туберкулеза в сочетании с другими заболеваниями:

- 1) не отличается от обычного
- 2) имеет склонность к прогрессированию
- 3) имеет замедленную регрессию при лечении
- 4) имеет тенденцию к регрессированию

257. У пациентов с ВИЧ-инфекцией микобактерии туберкулеза:

- 1) практически не встречаются
- 2) встречаются только в виде L-форм
- 3) встречаются только в виде штамма БЦЖ
- 4) обнаруживаются часто наряду с другими микобактериями

258. Смертность от туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных пациентов по сравнению с ВИЧ-неинфицированными:

- 1) выше
- 2) ниже
- 3) не отличается
- 4) отличается незначительно

259. При туберкулезе, возникшем у пациентов с сахарным диабетом, преобладают все следующие морфологические изменения, кроме:

- 1) продуктивных
- 2) экссудативных
- 3) воспалительных
- 4) казеозных

260. Частота пневмоний у пациентов с туберкулезом с метатуберкулезным фиброзом в легких:

- 1) не отличается от обычной
- 2) ниже обычной
- 3) выше обычной
- 4) отличается незначительно

261. Клиническое течение туберкулеза у пациента с бронхиальной астмой:

- 1) не имеет особенностей
- 2) менее благоприятное
- 3) относительное благоприятное
- 4) благоприятное

262. Характерные признаки экссудата:

- 1) уровень белка более 30 г/л
- 2) положительная проба Ривальта
- 3) удельный вес менее 1018
- 4) эозинофильный характер жидкости

263. Развитию туберкулеза у пациентов с алкоголизмом способствует:

- 1) угнетение иммунной системы
- 2) нарушение всасываемости в пищеварительном тракте
- 3) развитие хронического бронхита
- 4) несоблюдение правил гигиены
- 5) все вышеперечисленные варианты

264. Характерный клеточный состав ликвора при туберкулезном менингите:

- 1) содержание лимфоцитов 90% и более
- 2) содержание моноцитов более 5%
- 3) содержание эритроцитов более  $4,8 \times 10^9$ /л
- 4) содержание эозинофилов более 5%

265. Туберкулез легких у пациентов с алкоголизмом характеризуется:

- 1) прогрессирующим течением
- 2) склонностью к распаду
- 3) обильным выделением МБТ
- 4) большой распространенностью процесса
- 5) все вышеперечисленные варианты

266. На течение туберкулеза у пациентов с алкоголизмом существенно влияет:

- 1) недооценка пациентом своего состояния
- 2) сниженный иммунитет
- 3) большая распространенность туберкулезных изменений
- 4) плохая переносимость химиопрепаратов

267. Варианты течения туберкулезного плеврита:

- 1) острое
- 2) подострое
- 3) хроническое
- 4) острейшее

268. Спонтанный пневмоторакс это:

- 1) проникновение воздуха в плевральную полость в результате повреждение висцеральной плевры
- 2) наличие жидкости в плевральной полости
- 3) наличие кисты в легочной ткани
- 4) гиповентиляция участка легкого

269. Основанием для обследования на туберкулез является:

- 1) кашель более 2 недель
- 2) отделение обильной гнойной мокроты
- 3) повышение температуры до субфебрильных цифр более 2 недель
- 4) повышение массы тела

270. Для эмпиемы плевры характерно PH:

- 1) менее 7,0
- 2) более 7,5
- 3) более 8,0
- 4) более 10,0

271. Наибольшим гепатотоксическим действием обладают:

- 1) стрептомицин
- 2) пиразинамид
- 3) рифампицин
- 4) этамбутол

272. Заболеваемость туберкулезом пациентов с язвенной болезнью по сравнению с общими показателями:

- 1) выше в 2 раза
- 2) выше в 10 раз
- 3) выше в 3-4 раза
- 4) не отличается

273. Отличие цирротического туберкулеза от фиброзно-кавернозного:

- 1) менее обильное бактериовыделение
- 2) отсутствие ригидной каверны

- 3) более обильное бактериовыделение
- 4) прогрессирующее течение

274. Патогенез цирроза легких:

- 1) пульмогенный
- 2) плеврогенный
- 3) бронхогенный
- 4) лимфогенный

275. Показаниями к прерыванию беременности при туберкулезе являются:

- 1) наличие активного туберкулезного процесса
- 2) наличие неактивных туберкулезных изменений
- 3) отсутствие выраженного положительного эффекта при химиотерапии
- 4) хронический деструктивный туберкулез

276. Отличие цирротического туберкулеза от цирроза легких:

- 1) наличие бактериовыделения
- 2) более выраженные цирротические изменения
- 3) менее выраженные цирротические изменения
- 4) периодически возникающий интоксикационный синдром

277. В наибольшей степени выявляется эмбриотоксичность противотуберкулезных химиопрепаратов:

- 1) в 1-м триместре беременности
- 2) во 2-м триместре беременности
- 3) в 3-м триместре беременности
- 4) все перечисленные варианты

278. Для кавернозного туберкулеза характерно:

- 1) наличие кальцевидного образования на обзорной рентгенограмме
- 2) наличие высокого уровня жидкости в полости
- 3) склеротические изменения в окружающей легочной ткани
- 4) отсутствие бактериовыделения

279. Бактериологическое исследование (посев) позволяет обнаруживать:

- 1) жизнеспособные микобактерии
- 2) кислотоустойчивые бактерии (КУБ)
- 3) ДНК микобактерий

280. Микроскопическое исследование с целью выявления кислотоустойчивых микобактерий у пациентов проводится:

- 1) однократно
- 2) трехкратно
- 3) двукратно
- 4) многократно

281. GeneXpert позволяет проводить детекцию:

- 1) КУБ
- 2) только микобактерий туберкулеза
- 3) микобактерий туберкулеза и устойчивости к рифампицину
- 4) только устойчивости к рифампицину

282. Наиболее опасным осложнением для жизни пациента при легочном кровотечении является:

- 1) кровопотеря
- 2) аспирационная пневмония
- 3) асфиксия
- 4) ателектаз легкого
- 5) все выше перечисленные варианты

283. Проведение пробы Коха у пациентов с туберкулезом необходимо для определения:

- 1) трудоспособности
- 2) активности процесса
- 3) степени нарушения функции почек
- 4) показаний для хирургического лечения

284. Лекарственная устойчивость к изониазиду, стрептомицину и этамбутолу это:

- 1) полирезистентность
- 2) множественная лекарственная устойчивость (МЛУ)
- 3) монорезистентность
- 4) широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ)

285. Лекарственная устойчивость к двум противотуберкулезным лекарственным средствам - изониазиду и рифампицину это:

- 1) полирезистентность
- 2) монорезистентность
- 3) широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ)
- 4) множественная лекарственная устойчивость (МЛУ)

286. При костном туберкулезе наиболее часто поражаются:



- 1) кости голени
- 2) позвонки поясничного отдела
- 3) кости кисти
- 4) тазобедренные суставы

287. Лекарственная устойчивость к изониазиду, рифампицину, канамицину и ломефлоксацину это:

- 1) полирезистентность
- 2) монорезистентность
- 3) множественная лекарственная устойчивость (МЛУ)
- 4) широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ)

288. Выраженность клинических симптомов при костно-суставном туберкулезе определяется:

- 1) наличием сопутствующих заболеваний
- 2) этапом развития туберкулезного процесса
- 3) возрастом пациента
- 4) наличием факторов риска по туберкулезу

289. Преобладание лимфоцитов в ликворе, снижение уровня глюкозы и хлоридов характерны для менингита:

- 1) менингококкового
- 2) вирусного
- 3) туберкулезного
- 4) герпетического

290. Достоверными признаками туберкулеза являются:

- 1) обнаружение возбудителя туберкулеза в материале любым методом
- 2) обнаружение эпителиоидно-клеточной гранулемы с казеозным центром при гистологическом исследовании
- 3) положительная проба Манту
- 4) обнаружение эпителиоидно-клеточной гранулемы с некрозом в центре при гистологическом исследовании
- 5) инфильтративные изменения в верхней доле легкого по данным рентгенологического исследования

291. Из групп периферических лимфатических узлов чаще поражаются туберкулезом:

- 1) паховые
- 2) надключичные
- 3) шейные
- 4) подмышечные

292. В течение какого времени должно быть подано в Центр Гигиены и Эпидемиологии экстренное извещение при выявлении пациента с активным туберкулезом:

- 1) в течение 3-х дней
- 2) в течение 1 дня
- 3) в течение 1 недели
- 4) в течение 5 дней

293. Наиболее информативный метод выявления небольшого количества жидкости в плевральной полости:

- 1) перкуссия и аускультация
- 2) КТ ОГК
- 3) рентгенография
- 4) пункция плевральной полости

294. При туберкулезном плеврите экссудат чаще:

- 1) гнойный
- 2) геморрагический
- 3) холестериновый
- 4) серозный

295. При туберкулезном плеврите в экссудате преобладают:

- 1) лимфоциты
- 2) моноциты
- 3) эозинофилы
- 4) нейтрофилы

296. При первичном туберкулезе, осложненным плевритом, проба Манту:

- 1) сомнительная
- 2) гиперергическая
- 3) нормэргическая
- 4) отрицательная анергия

297. У пациентов сахарным диабетом чаще развивается:

- 1) туберкулезный менингит
- 2) туберкулезный плеврит
- 3) инфильтративный туберкулез легких
- 4) первичный туберкулезный комплекс

298. В течение какого времени ребенок с виражом должен быть проконсультирован у фтизиопедиатра:

- 1) в течение 3-х дней

- 2) в течение 1 недели
- 3) в течение 1 месяца
- 4) в течение 2-х недель

299. Проводимая в настоящее время туберкулинодиагностика у детей является:

- 1) сплошной
- 2) индивидуальной
- 3) селективной

300. Клиника и течение ВИЧ-ассоциированного туберкулеза обусловлена:

- 1) стадией ВИЧ-инфекцией
- 2) особенностями гормонального профиля
- 3) активностью гуморального иммунитета
- 4) наличием или отсутствием гипохромной анемии

301. Какова оптимальная суточная доза изониазида при лечении туберкулеза?

- 1) 300 мг
- 2) 400 мг
- 3) 500 мг
- 4) 600 мг
- 5) 700 мг

302. На каком месяце лечения изониазидом чаще всего отмечаются побочные реакции?

- 1) на 1 месяце
- 2) на 1-2 месяце
- 3) на 2-3 месяце
- 4) на 3-4 месяце
- 5) спустя полгода от начала лечения

303. Оптимальная суточная доза пиразинамида при лечении туберкулеза?

- 1) 10-15 мг/кг
- 2) 15-20 мг/кг
- 3) 20-25 мг/кг
- 4) 25-30 мг/кг
- 5) 30-40 мг/кг

304. Наиболее частое побочное явление при лечении пиразинамидом?

- 1) гепатит
- 2) диспепсические расстройства
- 3) боли в суставах
- 4) лихорадка

305. На каких организационных принципах базируется стратегия DOTS?

- 1) добиться: выздоровления 85% пациентов с заразными формами и выявления 70% случаев заразных форм туберкулеза
- 2) наличие системы диагностики и лечения пациентов туберкулезом на базе существующих медицинских учреждений и ее интеграция в систему первичной медицинской помощи
- 3) хорошее руководство программой на основе рационального финансирования и контроля за деятельностью медицинских работников
- 4) обеспечение проведения стандартного лечения в начальной интенсивной фазе лечения у всех пациентов с заразными формами туберкулеза
- 5) все ответы правильные

306. Основные направления DOTS?

- 1) приверженность правительства национальной программе борьбы с туберкулезом
- 2) выявление новых случаев с помощью микроскопического исследования мокроты всех пациентов с подозрением на туберкулез в медицинских учреждениях общего профиля
- 3) стандартные курсы полихимиотерапии
- 4) строгий контроль, проводимого химиотерапевтического лечения
- 5) все ответы правильные

307. Наиболее часто встречающаяся реакция на туберкулин у пациентов с ВИЧ:

- 1) реакция на туберкулин снижена
- 2) реакция на туберкулин повышена
- 3) ВИЧ-инфекцией: реакция на туберкулин всегда гиперергическая
- 4) реакция на туберкулин часто ложноотрицательная
- 5) не проводится пациентам с ВИЧ-инфекцией

308. Выберите эффективный метод получения материала для бактериологического исследования у пациентов туберкулезом легких:

- 1) высокие дозы муколитиков

- 2) промывные воды бронхов
- 3) индуцированная мокрота
- 4) промывные воды желудка
- 5) бронхоальвеолярный лаваж

309. Параспецифические реакции при туберкулезной интоксикации:

- 1) полисерозит
- 2) узловатая эритема
- 3) ревматизм «Понсе»
- 4) фликтекулезный кератоконъюнктивит, блефарит
- 5) все перечисленное верно

310. С какими заболеваниями наиболее часто приходится дифференцировать первичный туберкулезный комплекс?

- 1) пневмония
- 2) саркоидоз
- 3) лимфогранулематоз
- 4) опухоли средостения
- 5) ретенционная киста

311. Наиболее эффективный метод диагностики при осложненном течении первичного туберкулеза?

- 1) компьютерная томография
- 2) бронхоскопия
- 3) томография
- 4) боковая томография
- 5) ультразвуковое исследование

312. Наиболее частое специфическое осложнение фиброзно-кавернозного туберкулеза:

- 1) туберкулез почек
- 2) туберкулез внутригрудных лимфоузлов
- 3) туберкулез бронхов
- 4) туберкулез кишечника
- 5) бронхоэктазы

313. К какому химиопрепарату наиболее часто развивается вторичная лекарственная устойчивость МБТ у микобактерий?

- 1) рифампицин
- 2) этионамид
- 3) стрептомицин
- 4) ПАСК

5) этамбутол

314. Варианты заживления каверны при туберкулезе легких:

- 1) очаг
- 2) заполнение полости (псевдотуберкулема)
- 3) киста
- 4) рубец
- 5) все перечисленное верно

315. Какие группы лимфоузлов поражаются чаще при внелегочном туберкулезе?

- 1) шейные
- 2) подчелюстные
- 3) паховые
- 4) над- и подключичные
- 5) подмышечные

316. В постановке диагноза силикоза решающую роль играет:

- 1) профессиональный анамнез
- 2) жалобы на кашель, одышку, боли в груди
- 3) спирография
- 4) рентгенография
- 5) физикальные данные

317. Наиболее информативный метод для выявления источника гематогенной диссеминации:

- 1) прицельная рентгенограмма
- 2) томография
- 3) обзорная рентгенограмма
- 4) рентгеноскопия
- 5) компьютерная томография

318. Укажите клинико-рентгенологические варианты диссеминированного туберкулеза легких:

- 1) острейший
- 2) генерализованный туберкулез
- 3) подострый, хронический
- 4) цирротический
- 5) все перечисленные верно

319. Рентгенологические признаки напряженного пневмоторакса:

- 1) отсутствие легочного рисунка, горизонтальный уровень жидкости в нижних отделах грудной клетки
- 2) отсутствие легочного рисунка, наличие контура поджатого легкого, смещение органов средостения в противоположную сторону
- 3) наличие контура поджатого легкого, отсутствие легочного рисунка
- 4) отсутствие легочного рисунка
- 5) отсутствие контура легкого, смещение средостения в противоположную сторону

320. Какое количество белка в спинномозговой жидкости в норме?

- 1) 0,15 – 0,35 г/л
- 2) 0,4 – 0,6 г/л
- 3) 0,6 – 0,8 г/л
- 4) 0,8 – 1,0 г/л
- 5) 1,0 – 1,2 г/л

321. Вариант гиперергической реакции Манту с 2 ТЕ у взрослых:

- 1) гиперемия 20 мм
- 2) папула 21 мм
- 3) папула 21 мм с везикулой и/или увеличение регионарных лимфатических узлов
- 4) папула любых размеров с везикулой
- 5) папула 15 мм с везикулой

322. Перечислите виды лекарственной устойчивости микобактерий:

- 1) моноустойчивость
- 2) полиустойчивость
- 3) широкая лекарственная устойчивость
- 4) множественная лекарственная устойчивость
- 5) все перечисленное верно

323. Тень малой интенсивности соответствует?

- 1) поперечному сечению сосуда
- 2) ребрам в прямой проекции
- 3) продольному сечению сосуда
- 4) мягким тканям
- 5) стенкам крупных бронхов

324. Какой из препаратов используется для внутривенной терапии?

- 1) изониазид
- 2) пиразинамид
- 3) натрия парааминosalлицилат
- 4) рифампицин
- 5) этамбутол

325. Какой препарат предупреждает развитие осложнений при лечении изониазидом?

- 1) транквилизаторы
- 2) десенсибилизирующие
- 3) витамин В6
- 4) витамин С
- 5) барбитураты

326. Прием рифампицина лучше осуществлять:

- 1) ежедневно
- 2) через день
- 3) интермиттирующим методом
- 4) при плохой переносимости – через 2 дня
- 5) еженедельно

327. При какой форме туберкулеза легких возможно наложение лечебного пневмоторакса?

- 1) казеозная пневмония
- 2) кавернозный туберкулез
- 3) инфильтративный в фазе распада
- 4) диссеминированный в фазе распада
- 5) очаговый в фазе инфильтрации

328. Механизм воздействия кортикостероидной терапии?

- 1) противовоспалительное действие
- 2) антипролиферативное действие
- 3) уменьшение проницаемости капилляров и мембран
- 4) антиаллергическое действие
- 5) все перечисленное верно

329. Через какой срок после вакцинации формируется противотуберкулезный иммунитет?

- 1) 2 месяца
- 2) 2 недели
- 3) 6 недель



- 4) 4 недели
- 5) в течение года

330. Какой фактор является наиболее существенным в возникновении рецидива туберкулеза?

- 1) непереносимость противотуберкулезных препаратов
- 2) большие остаточные изменения
- 3) сопутствующие заболевания
- 4) неполноценный основной курс химиотерапии
- 5) неблагоприятные условия внешней среды

331. Какие основные признаки отличают первичный туберкулез органов дыхания от вторичного?

- 1) на фоне «Виража»
- 2) поражение лимфатической ткани
- 3) часто самоизлечение
- 4) чаще детский возраст
- 5) все перечисленное верно

332. Какой из патогенетических препаратов не рекомендуется назначать при язвенной болезни желудка?

- 1) ликопид
- 2) полиоксидоний
- 3) преднизолон
- 4) оротат калия
- 5) инсулин

333. Выберите рентгенологическое определение кавернозного туберкулеза легких:

- 1) несвоевременно выявленный деструктивный туберкулез
- 2) туберкулезный процесс без выраженной инфильтрации, фиброза, бронхогенных отсеков в пределах 1-2 сегментов
- 3) наличие в легком эластической каверны без выраженной инфильтрации, фиброза, очагов отсева
- 4) деструктивная форма туберкулеза
- 5) туберкулезный процесс, проявляющийся полостными образованиями в легких

334. Из какой формы туберкулеза чаще развивается кавернозный туберкулез легких:

- 1) диссеминированный в фазе распада
- 2) очаговый в фазе распада
- 3) инфильтративный в фазе распада

- 4) цирротический
- 5) милиарный

335. Наиболее эффективный метод улучшения бронхиального дренажа предпочтителен при блокированной каверне?

- 1) лечение через микротрахеостому
- 2) интратрахеальные инстилляции
- 3) пункция абсцесса
- 4) лечебная бронхоскопия
- 5) дренирование

336. Отметьте различия в архитектонике бронхиального дерева правого и левого легкого:

- 1) правый главный бронх короче левого
- 2) справа имеется промежуточный бронх, слева его нет
- 3) правое легкое имеет 3 доли и 10 сегментов
- 4) левое легкое имеет 2 доли и 9 сегментов
- 5) все перечисленное верно

337. Проекция на переднюю поверхность грудной клетки границ правого корня легких?

- 1) грудинные концы II – IV ребер
- 2) грудинные концы III – IV
- 3) грудинные концы IV – V
- 4) грудинные концы V – VI
- 5) грудинные концы I – III

338. Что представляет собой современный туберкулин?

- 1) ослабленную культуру МБТ
- 2) убитую нагреванием культуру МБТ
- 3) фильтрат 6-8 недельной бульонной автоклавированной культуры МБТ
- 4) туберкулопротеин
- 5) смесь токсинов туберкулезных бактерий

339. Что представляют собой очаги Симона?

- 1) крупные обезызвленные очаги после перенесенного инфильтративного туберкулеза легких
- 2) мелкие обезызвленные очаги на верхушках легких, образовавшиеся в период первичного туберкулеза, протекавшего по осложненному типу
- 3) обезызвленные очаги в нижних отделах легких после спонтанно излеченного первичного туберкулеза легких

- 4) то же, что и очаги Гона
- 5) мелкие петрификаты в лимфоузлах средостения

340. Симптомы подозрительные на туберкулез легких?

- 1) сухой кашель более 3-х недель
- 2) ночная потливость
- 3) понижение трудоспособности
- 4) ухудшение аппетита
- 5) все симптомы

341. Внешние признаки, свидетельствующие о наличии экссудативного плеврита?

- 1) втяжение, западение одной стороны грудной клетки
- 2) выпячивание грудной клетки, одностороннее ее увеличение
- 3) отставание гемоторакса в акте дыхания
- 4) бочкообразная грудная клетка
- 5) кифотическая грудная клетка

342. Температурный режим, при котором происходит гибель микобактерий туберкулеза при 15-минутном воздействии:

- 1) 140°C
- 2) 90°C
- 3) 0°C
- 4) 60°C
- 5) 100°C

343. Укажите, к какому виду лучистой энергии высокочувствительны микобактерии туберкулеза при воздействии в течение 1 часа:

- 1) инфракрасное солнечное излучение
- 2) ультрафиолетовое солнечное излучение 205-115 нм-10мдж/см<sup>2</sup>
- 3) постоянное магнитное поле
- 4) переменное магнитное поле
- 5) радиоактивное излучение

344. Наиболее частый способ персистирования возбудителя туберкулеза в организме:

- 1) в виде типичных микобактерий
- 2) в виде атипичных микобактерий
- 3) в виде зернистых форм
- 4) в виде Х-форм
- 5) в виде L-форм

345. Наиболее информативный способ получения патологического материала у пациентов с заболеваниями легких на МБТ:

- 1) при естественном откашливании мокроты
- 2) при целенаправленной бронхоскопии
- 3) при интратрахеальном смыве
- 4) с помощью провоцирующих ингаляций
- 5) все указанное верно

346. Какой метод является общедоступным по выявлению МБТ в любом лечебно-профилактическом учреждении?

- 1) полимеразная цепная реакция
- 2) прямая бактериоскопия
- 3) Бактек-диагностика
- 4) серологическое исследование
- 5) люминесцентная бактериоскопия

347. Наиболее результативным методом лабораторной диагностики по выявлению МБТ является:

- 1) ПЦР-диагностика
- 2) прямая бактериоскопия
- 3) бактериологическое исследование
- 4) серологическое исследование
- 5) люминесцентная бактериоскопия

348. Метод введения туберкулина с 50 ТЕ при постановке диагностической пробы Коха:

- 1) накожный
- 2) внутрикожный
- 3) подкожный
- 4) внутримышечный
- 5) скарификационный

349. Какова цель постановки пробы Коха?  
определение уровня инфицированности населения

- 1) выявление «виража»
- 2) выявление гиперергической реакции
- 3) диагностика внелегочного туберкулеза
- 4) дифференциальная диагностика внелегочного туберкулеза

350. При каком морфологическом строении следует считать гранулему туберкулезной этиологии?

- 1) эпителиоидноклеточная с гигантскими клетками Пирогова-Лангханса без некроза

- 2) с наличием лимфоидных клеток и клеток Березовского – Штернберга
- 3) эпителиоидноклеточная с гигантскими клетками Пирогова – Лангханса и казеозным некрозом в центре
- 4) соединительнотканые узелковые уплотнения по ходу мелких сосудов
- 5) гистиоцитарная гранулема

351. Особенности иммунитета после БЦЖ-вакцинации:

- 1) естественная резистентность
- 2) приобретенный
- 3) врожденный
- 4) нестерильный
- 5) специфический

352. Какие клетки наиболее характерны для туберкулезной гранулемы?

- 1) фибробласты
- 2) гистиоциты
- 3) клетки Березовского – Штернберга
- 4) гистиоциты
- 5) клетки Пирогова – Лангханса

353. Какой рентгенологический метод является основным при диагностике заболеваний органов дыхания?

- 1) флюорография
- 2) компьютерная томография
- 3) обзорная рентгенография в 2 проекциях (прямая, боковая)
- 4) рентгеноскопия
- 5) томография

354. Укажите, какой рентгенологический метод из перечисленных позволяет определить наличие полости распада?

- 1) рентгенография
- 2) рентгеноскопия
- 3) томография
- 4) флюорография
- 5) компьютерная томография

355. Какой экссудат характерен для туберкулезного плеврита?

- 1) нейтрофильный
- 2) лимфоцитарный
- 3) преимущественно эозинофильный

- 4) хилезный
- 5) геморрагический

356. Укажите уровень плеоцитоза, при туберкулезном менингите:

- 1) свыше 5000 клеток в 1 мм куб. ликвора
- 2) 2000 – 5000 клеток
- 3) 200 – 400 клеток
- 4) 5 – 10 клеток
- 5) свыше 3000 клеток

357. Каким противотуберкулезным препаратом проводится химиопрофилактика?

- 1) стрептомицином
- 2) изониазидом
- 3) рифампицином
- 4) этионамидом
- 5) этамбутолом

358. Кто должен выполнять заключительную дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции?

- 1) участковый врач-терапевт
- 2) участковая медсестра
- 3) участковый врач-фтизиатр с медсестрой
- 4) противоэпидемический отдел центра гигиены и эпидемиологии
- 5) члены данной семьи и сам пациент с туберкулезом

359. Основной массовый метод выявления туберкулеза легких среди взрослого населения:

- 1) бактериоскопия мокроты
- 2) обзорная рентгенография
- 3) флюорография
- 4) проба Манту
- 5) бактериологическое исследование мокроты

360. Препараты выбора при лечении туберкулеза легких:

- 1) аскорбиновая кислота
- 2) изониазид
- 3) стрептомицин
- 4) рифампицин
- 5) ПАСК

361. Лекарственная устойчивость к 1 лекарственному препарату  
это:

- 1) полирезистентность
- 2) монорезистентность
- 3) множественная лекарственная устойчивость
- 4) широкая лекарственная устойчивость
- 5) пре-ШЛУ

362. Лекарственная устойчивость к 2 и более лекарственным препаратам это:

- 1) полирезистентность
- 2) монорезистентность
- 3) множественная лекарственная устойчивость
- 4) широкая лекарственная устойчивость
- 5) пре-ШЛУ

363. Лекарственная устойчивость к Рифампицину и Изониазиду  
это:

- 1) полирезистентность
- 2) монорезистентность
- 3) множественная лекарственная устойчивость
- 4) широкая лекарственная устойчивость
- 5) пре-ШЛУ

364. Лекарственная устойчивость к Рифампицину и Изониазиду  
аминогликозиды и фторхинолоны это:

- 1) полирезистентность
- 2) монорезистентность
- 3) множественная лекарственная устойчивость
- 4) широкая лекарственная устойчивость
- 5) пре-ШЛУ

365. Первый противотуберкулезный препарат:

- 1) туберкулин
- 2) пенициллин
- 3) ПАСК
- 4) стрептомицин
- 5) тубазид

366. Основной метод лечения туберкулеза в современных условиях:

- 1) хирургический
- 2) симптоматический

- 3) коллапсотерапия
- 4) химиотерапия
- 5) паллиативный

367. К какой клинической категории относятся пациенты с впервые выявленным туберкулезом легких без бактериовыделения:

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

368. К какой клинической категории относятся пациенты с впервые выявленным туберкулезом легких с бактериовыделением:

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

369. К какой клинической категории относятся пациенты с рецидивом туберкулезной инфекции с бактериовыделением:

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

370. К какой клинической категории относятся пациенты с впервые выявленной лекарственно-устойчивой формой туберкулеза легких:

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

371. Какие противотуберкулезные лекарственные средства назначаются при лекарственно - чувствительных формах туберкулеза легких:

- 1) инъекционные фторхинолоны
- 2) аминогликазиды
- 3) ПТЛС I ряда
- 4) цитостатики
- 5) гормонотерапия

372. Тубазид относят к препаратам:

- 1) инъекционные фторхинолоны



- 2) аминогликазиды
- 3) ПТЛС I ряда
- 4) цитостатики
- 5) гормонотерапия

373. Рифампицин относят к препаратам:

- 1) инъекционные фторхинолоны
- 2) аминогликазиды
- 3) ПТЛС I ряда
- 4) цитостатики
- 5) гормонотерапия

374. Этамбутол относят к препаратам:

- 1) инъекционные фторхинолоны
- 2) аминогликазиды
- 3) ПТЛС I ряда
- 4) цитостатики
- 5) гормонотерапия

375. Пиразинамид относят к препаратам:

- 1) инъекционные фторхинолоны
- 2) аминогликазиды
- 3) ПТЛС I ряда
- 4) цитостатики
- 5) гормонотерапия

376. Капреомицин относят к препаратам:

- 1) инъекционные гликопептиды
- 2) аминогликазиды
- 3) ПТЛС I ряда
- 4) цитостатики
- 5) гормонотерапия

377. Моксифлоксацин относят к препаратам:

- 1) фторхинолоны
- 2) аминогликазиды
- 3) ПТЛС I ряда
- 4) цитостатики
- 5) гормонотерапия

378. Канамицин относят к препаратам:

- 1) инъекционные фторхинолоны
- 2) инъекционный аминогликазид

- 3) ПТЛС I ряда
- 4) цитостатики
- 5) гормонотерапия

379. Основные принципы лечения пациента страдающего туберкулезом заключаются в следующем:

- 1) раннее и своевременное
- 2) длительное
- 3) поэтапное и преемственное
- 4) комплексное

380. Схема лечения пациента с впервые выявленным лекарственно-чувствительным туберкулезом органов дыхания:

- 1) S+H+R
- 2) H+R+Z+E
- 3) PAS+ H+R+E
- 4) S+R+E+Z+H
- 5) Cs+PAS+Lfx+Eto+Z

381. Схема лечения пациента с впервые выявленным лекарственно-устойчивым туберкулезом органов дыхания:

- 1) S+H+R
- 2) H+R+Z+E
- 3) PAS+ H+R+E
- 4) S+R+E+Z+H
- 5) Cs+PAS+Lfx+Eto+Z

382. Какие противотуберкулезные лекарственные средства обладают гепатотоксичностью?

- 1) тубазид
- 2) рифампицин
- 3) пиразинамид
- 4) офлоксацин
- 5) этамбутол

383. Какие противотуберкулезные лекарственные средства обладают отрицательным эффектом на периферическую НС:

- 1) тубазид
- 2) рифампицин
- 3) пиразинамид
- 4) офлоксацин
- 5) этамбутол

384. Кто является основоположником туберкулинодиагностики:

- 1) Ваксман
- 2) Пирке
- 3) Манту
- 4) Кох
- 5) Герен

385. Способность возбудителя вызывать в организме человека специфическое поражение:

- 1) вирулентность
- 2) патогенность
- 3) кислотоустойчивость
- 4) лимфотропность

386. Оптимальной кислотностью среды для МБТ:

- 1) 6.7-7.2
- 2) 2.3-4.0
- 3) 5.2-6.0
- 4) 7.0-8.9

387. Для бактериоскопического исследования КУБ используют окраску:

- 1) метиленовым синим
- 2) по Грамму
- 3) по Циль-Нельсону
- 4) по Романовскому-Гимзе

388. К какому методу диагностики относят GeneXpert?

- 1) генетический
- 2) биологический
- 3) функциональный
- 4) патологоанатомический
- 5) бактериологический

389. Устаревшее название туберкулеза легких:

- 1) лепра
- 2) цинга
- 3) чахотка
- 4) золотуха
- 5) сухотка

390. Кто предложил термин «туберкулез»:

- 1) Ваксман

- 2) Кох
- 3) Абрикосов
- 4) Пирогов
- 5) Лайэннок

391. Укажите срок роста МБТ на плотных питательных средах:

- 1) 4-6 недель
- 2) 1-2 недели
- 3) 3-10 дней
- 4) 3 часа
- 5) 12 часов

392. Как реагирует МБТ на действие прямых солнечных лучей:

- 1) погибают через 1.5-2 часа
- 2) погибают через минуту
- 3) устойчивы
- 4) погибают через 7-10 часов

393. В каком году был открыт возбудитель МБТ:

- 1) 1982
- 2) 1892
- 3) 1882
- 4) 1992

394. Пути заражения туберкулезом:

- 1) контактный
- 2) алиментарный
- 3) половой
- 4) трансплацентарный
- 5) воздушно-капельный

395. Количество бактериальных клеток необходимое для проведения бактериоскопического метода исследования:

- 1) 1-2 тыс. в 1 мл
- 2) 5-10 тыс. в 1 мл
- 3) до 1 тыс. в 1 мл
- 4) от 500 до 1 тыс. в 1 мл

396. Противопоказания для проведения Диаскин теста:

- 1) карантин в ДДУ
- 2) индивидуальная непереносимость препарата и его компонентов
- 3) острые и хронические заболевания ( в период обострения)

4) все ответы верны

397. Основные клинические формы туберкулеза:

- 1) туберкулезная интоксикация у детей и подростков
- 2) туберкулез органов дыхания
- 3) туберкулез других органов и систем
- 4) туберкулез в/грудных л/узлов
- 5) фиброзно-очаговые изменения

398. Для специфической профилактики туберкулеза применяют:

- 1) туберкулин
- 2) вакцину АКДС
- 3) вакцину КПК
- 4) вакцину БЦЖ
- 5) антирабический анатоксин

399. Впервые вакцинацию БЦЖ проводят:

- 1) в роддоме на I сутки
- 2) в роддоме на 3-5 сутки
- 3) в 7 лет
- 4) в 1 месяц

400. Метод введения V БЦЖ:

- 1) п/к в верхнюю треть плеча
- 2) в/к в среднюю треть предплечья
- 3) в/к в верхнюю треть плеча
- 4) в/м
- 5) в/в

401. Сколько сегментов в левом легком:

- 1) 8
- 2) 9
- 3) 6
- 4) 5
- 5) 7

402. Какие методы из предложенных можно отнести к лабораторной диагностики:

- 1) бактериологический
- 2) бактериоскопический
- 3) биологический
- 4) физикальный
- 5) функциональный

403. Из скольких долей состоит правое легкое:

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 4
- 5) 7

404. Варианты течения милиарного туберкулеза легких:

- 1) тифоидный
- 2) легочной
- 3) менингеальный
- 4) лобарный
- 5) гомогенный

405. Параспецифические реакции при туберкулезной интоксикации:

- 1) серозит
- 2) узловая эритема
- 3) артрит Понсе
- 4) фликтенулезный кератоконъюнктивит
- 5) все варианты верны

406. Какие черепные нервы чаще повреждаются при менингите туберкулезной этиологии:

- 1) III пара
- 2) VI пара
- 3) XII пара
- 4) X пара
- 5) VII пара

407. Реакция на туберкулин у пациентов с казеозной пневмонией:

- 1) гиперергическая
- 2) положительная
- 3) сомнительная
- 4) отрицательная
- 5) все верно

408. Основной рентгенологический синдром очагового туберкулеза легких:

- 1) затенение d 10 мм
- 2) затенение d не более 12 мм
- 3) затенение d более 12 мм

- 4) все ответы верны

409. Укажите клинико-рентгенологические формы инфильтративного туберкулеза легких:

- 1) лобит
- 2) перисциссурит
- 3) круглый инфильтрат
- 4) облаковидный
- 5) лобулярный
- 6) все верно

410. Основным методом выявления очагового туберкулеза легких является:

- 1) проф. осмотр
- 2) туберкулинодиагностика
- 3) определения возбудителя МБТ в мокроте
- 4) исследование периферической крови
- 5) при обращении за мед. помощью

411. Типы возбудителей туб. инфекции:

- 1) *M. avium*
- 2) *M. bovis*
- 3) *M. tuberculosis*
- 4) *M. intracellulare*
- 5) *M. africanum*

412. Частота постановки пробы Манту детям из очага туберкулезной инфекции:

- 1) 1 раз в год
- 2) 2 раза в год
- 3) только при первичном обследовании
- 4) ежемесячно
- 5) по показаниям

413. К какому времени формируется иммунитет после введения V БЦЖ:

- 1) 5 дней
- 2) 1 месяц
- 3) 2 месяца
- 4) 1 год
- 5) 2 недели

414. Сколько сегментов в правом легком:
- 1) 7
  - 2) 8
  - 3) 12
  - 4) 10
  - 5) 4
415. Как называются осложнения после V, RV БЦЖ:
- 1) абсцесс
  - 2) бцжит
  - 3) карбункул
  - 4) сепсис
  - 5) пиодермия
416. Осложнения после введения вакцины БЦЖ и БЦЖ-М:  
локальные кожные поражения (наиболее частые):
- 1) персистирующая БЦЖ - инфекция без летального исхода (волчанка, оститы и др.);
  - 2) диссеминированная БЦЖ - инфекция
  - 3) пост-БЦЖ – синдром
  - 4) все верно
417. Какие рентген. методы используют для исследования легких:
- 1) рентгеноскопия
  - 2) рентгенография
  - 3) компьютерная томография
  - 4) МРТ
  - 5) УЗ – диагностика
418. К временным противопоказаниям для RV БЦЖ относятся:
- 1) острые заболевания
  - 2) осложнения на предыдущее введение V БЦЖ
  - 3) положительная реакция Манту
  - 4) обострение хронической инфекции
419. Результат получения ТЛЧ на жидкой среде в автоматизированной системе инкубации:
- 1) 14 дней
  - 2) 28 дней
  - 3) 2 месяца
  - 4) 3 часа
  - 5) 5 минут



420. Найдите правильную характеристику туберкулеза:

- 1) аэробы, неустойчивы к неблагоприятным условиям окружающей среды, температурный диапазон от 0С до 37С
- 2) аэробы, высокоустойчивы к неблагоприятным факторам, температурный режим от 29 до 42С
- 3) анаэробы, высокоустойчивы к неблагоприятным факторам, температурный режим от 29 до 42С
- 4) анаэробы, неустойчивы к неблагоприятным условиям окружающей среды, температурный диапазон 37С-38С
- 5) анаэробы, высокоустойчивы к неблагоприятным факторам, температурный режим 37 - 38С

421. Виды внелегочного туберкулеза:

- 1) ЖКТ, периферические л\узлы
- 2) кожа, глаза
- 3) костно-суставная форма
- 4) система органов дыхания
- 5) мочеполовая система

422. Какие питательные среды используются при бактериологическом методе исследования обнаружения МБТ?

- 1) МПА
- 2) МПБ
- 3) Левенштейна-Йенсена
- 4) Финна-2
- 5) Эндо

423. К какой группе диспансерного учета относят детей и подростков с выражением туберкулиновой пробы?

- 1) IV В
- 2) III А
- 3) IVA
- 4) II В
- 5) VI А

424. Туберкулин это:

- 1) гидролизат культуры микобактерий туберкулеза
- 2) фильтрат культуры микобактерий туберкулеза
- 3) анатоксин
- 4) сыворотка
- 5) живая вакцина

В: 425. В 90-95% случаев туберкулезные изменения локализуются

- 1) коже
- 2) костно-суставной системе
- 3) органах дыхания
- 4) нервной системе
- 5) желудочно-кишечном тракте

426. Выберите наиболее точное определение туберкулеза:

- 1) хроническое инфекционное гранулематозное заболевание, вызванное микобактериями туберкулеза с определенными фазами развития
- 2) специфическое заболевание, причиной которого является инфекционный агент
- 3) острое инфекционное заболевание, вызванное микобактериями туберкулеза с определенными фазами развития
- 4) хроническое инфекционное гранулематозное заболевание, вызванное Гр – бактериями

427. Кто предложил использовать туберкулин (вводя его накожно) для выявления лиц, инфицированных МБТ?

- 1) Галлен
- 2) Пирогов
- 3) Пирке
- 4) Гиппократ
- 5) Абрикосов

428. Оптимальной температурой для роста и размножения МБТ на питательной среде является:

- 1) 50-60С
- 2) 37-38С
- 3) 4-5С
- 4) -10С
- 5) -50С

429. Какой самый частый путь заражения МБТ?

- 1) аэрогенный
- 2) алиментарный
- 3) контактный
- 4) внутриутробный
- 5) трансмиссивный

430. Какое сочетание противотуберкулезных лекарственных средств недопустимо?

- 1) стрептомицин канамицин
- 2) стрептомицин циклосерин
- 3) рифампицин изониазид
- 4) изониазид этамбутол
- 5) этамбутол пиразинамид

431. Какое число противотуберкулезных препаратов должно быть включено в комбинацию начального лечения впервые выявленного бациллярного пациента с деструкцией (по усовершенствованной методике ВОЗ)?

- 1) не менее 2-х
- 2) не менее 3-х
- 3) не менее 4-х
- 4) не менее 5-ти
- 5) не менее 6-ти

432. Укажите обязательный метод контроля за приемом противотуберкулезных лекарственных средств пациентами с туберкулезом в амбулаторных условиях:

- 1) выдача препаратов на руки пациенту не более чем на 5 – 7 дней
- 2) контроль за приемом препаратов родственниками
- 3) лабораторный контроль концентрации лекарственных препаратов в крови
- 4) прием препаратов в присутствии медицинского работника
- 5) все вышеуказанное

433. Укажите мутации какого/каких генов МБТ ведут к формированию лекарственной устойчивости к рифампицину:

- 1) rpoB
- 2) catG
- 3) rat
- 4) inh
- 5) rrS

434. Наиболее характерными грудными жалобами пациентов с туберкулезом органов дыхания являются:

- 1) сухой надсадный кашель в течение одной недели
- 2) кашель с отделением зловонной гнойной мокроты в большом количестве
- 3) приступообразный кашель по утрам с мокротой

- 4) кашель свыше 3-х недель с небольшим количеством светлой мокроты
- 5) редкий кашель в течение нескольких лет с легко отделяющейся мокротой

435. Укажите наиболее оптимальный рентгенологический метод для выявления малых форм туберкулезного бронхоаденита?

- 1) обзорная рентгенограмма в прямой проекции
- 2) рентгеноскопия
- 3) прицельная рентгенограмма
- 4) компьютерная томограмма
- 5) срединная линейная томограмма

436. Укажите наиболее характерный результат туберкулиновой пробы при туберкулезе внутригрудных лимфоузлов у детей?

- 1) сомнительная
- 2) отрицательная
- 3) нормергическая
- 4) «Виразж»
- 5) все перечисленное верно

437. Какой метод верификации этиологии периферического лимфаденита является достоверным?

- 1) биопсия пораженного лимфатического узла с последующим гистологическим исследованием
- 2) рентгенологический метод
- 3) УЗИ-диагностика
- 4) иммунологический

438. Распространение туберкулезной инфекции в организме при милиарном туберкулеза легких происходит:

- 1) бронхогенным путем
- 2) лимфогенное распространение
- 3) контактное распространение
- 4) гематогенным путем
- 5) все перечисленное верно

439. Укажите наиболее характерный рентгенологический признак подострого диссеминированного туберкулеза легких:

- 1) наличие тонкостенных «штампованных» каверн в верхних долях обоих легких с одной или двух сторон
- 2) наличие полости с высоким горизонтальным уровнем жидкости в нижней доле легкого

- 3) наличие фокуса средней интенсивности с четкими контурами размером 4 – 5 см
- 4) уменьшение одного легкого в объеме, смещение средостения в сторону поражения
- 5) множественные линейные тени в обоих легких

440. Показаниями для назначения глюкокортикостероидных гормонов при туберкулезе являются:

- 1) наличие дыхательной недостаточности
- 2) туберкулезный менингит
- 3) очаговый туберкулез легких
- 4) туберкулома легких
- 5) туберкулезный плеврит

441. Визуально спинномозговая жидкость при менингите туберкулезной этиологии оценивается как?

- 1) мутная
- 2) геморрагическая
- 3) прозрачная
- 4) все вышеперечисленное верно

442. Укажите заболевание, с которым необходимо дифференцировать облаковидный инфильтрат в первую очередь?

- 1) киста
- 2) экссудативный плеврит
- 3) внегоспитальная пневмония
- 4) абсцесс легкого

443. Какие аускультативные данные наиболее характерны для инфильтративного туберкулеза легких:

- 1) дыхание не проводится
- 2) аускультативная симптоматика скудная
- 3) хрипы с обеих сторон выслушиваются обильные влажные
- 4) бронхиальное дыхание
- 5) в пораженных отделах легких выслушиваются шумы по типу «Треск целлофана»

444. Напряженной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу считается, когда показатель заболеваемости составляет:

- 1) 30-35 заболевших на 100000 населения
- 2) 100 заболевших на 100000 населения
- 3) 30 заболевших на 100000 населения
- 4) 20 заболевших на 100000 населения

- 5) 10 заболевших на 100000 населения

445. К благоприятной эпидситуации по туберкулезу можно отнести ситуацию, когда показатель заболеваемости населения туберкулезом составляет:

- 1) 100 заболевших на 100тыс. населения
- 2) 50 заболевших на 100000 населения
- 3) 30 заболевших на 100000 населения
- 4) 20 заболевших на 100000 населения
- 5) 10 заболевших на 100000 населения

446. Укажите, какую функцию из перечисленных ниже не выполняет париетальный листок плевры?

- 1) секреция плевральной жидкости
- 2) резорбция плевральной жидкости
- 3) резорбция белковых элементов
- 4) резорбция кристаллоидов
- 5) все функции выполняет

447. Укажите, какую из перечисленных ниже функций не выполняет висцеральный листок плевры?

- 1) участие в эластической тяге легкого
- 2) резорбция плевральной жидкости
- 3) резорбция белковых элементов
- 4) резорбция кристаллоидов
- 5) барьерная

448. Укажите типичные клинические проявления экссудативного плеврита?

- 1) боль за грудиной и поверхностное дыхание
- 2) лихорадка, а также сильный кашель с мокротой, наличие влажных хрипов
- 3) приступообразная одышка, сухие «свистящие» хрипы
- 4) фебрильная температура тела, абсолютная тупость перкуторного звука и отсутствие везикулярного дыхания в зоне поражения
- 5) боль в грудной клетке на стороне поражения, отставание пораженной половины грудной клетки при дыхании

449. Какие клетки преобладают в клеточном составе экссудата при туберкулезном плеврите:

- 1) лимфоциты
- 2) нейтрофилы

- 3) моноциты
- 4) мезотелий
- 5) эритроциты

450. Укажите наиболее частую причину спонтанного пневмоторакса:

- 1) туберкулез легких
- 2) буллезные изменения легких
- 3) неспецифические заболевания легких
- 4) ХОБЛ
- 5) дефицит альфа-1-антитрипсина

451. Какой вид пневмоторакса протекает наиболее тяжело?

- 1) открытый
- 2) закрытый
- 3) клапанный
- 4) напряженный
- 5) нет различий

452. Место введения вакцины БЦЖ:

- 1) подлопаточная область
- 2) живот
- 3) верхняя треть плеча
- 4) предплечье
- 5) ягодичная область

453. После правильно проведенной вакцинации (ревакцинации) БЦЖ на коже остается:

- 1) пятно
- 2) рубец
- 3) пустула
- 4) папула
- 5) гиперемия

454. Кем в 1882 году был открыт возбудитель туберкулеза?

- 1) Р. Кохом
- 2) К. Пирке
- 3) Ш. Манту
- 4) Ф. Цилем и Ф. Нельсеном
- 5) А. Гоном

455. Нетуберкулезные микобактерии вызывают у человека:

- 1) очаговый туберкулез

- 2) диссеминированный туберкулез
- 3) микобактериоз
- 4) первичный туберкулез
- 5) псевдотуберкулез

456. В клиническом диагнозе инфильтративного туберкулеза не выставляется фаза:

- 1) фаза распада
- 2) фаза обсеменения
- 3) фаза рассасывания
- 4) фаза инфильтрации
- 5) фаза уплотнения

457. Микобактериозы чаще характерны для пациентов с:

- 1) хроническим алкоголизмом
- 2) хроническими неспецифическими заболеваниями легких
- 3) сахарным диабетом
- 4) ВИЧ-инфекцией
- 5) язвенной болезнью желудка

458. К остroteкущим формам туберкулеза относят:

- 1) инфильтративный туберкулез
- 2) хронический диссеминированный туберкулез
- 3) цирротический туберкулез
- 4) казеозная пневмония
- 5) фиброзно-кавернозный туберкулез

459. Наиболее ранним симптомом туберкулеза является:

- 1) кровохарканье
- 2) кашель с выделением мокроты
- 3) периодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр 37,0-37,40С
- 4) боли в грудной клетке при дыхании
- 5) одышка при физической нагрузке

460. Наиболее информативный метод выявления фазы распада при туберкулезе легких:

- 1) обзорная рентгенография
- 2) боковая рентгенография
- 3) рентгеноскопия
- 4) компьютерная томография (КТ)
- 5) томография



461. К параспецифическим реакциям при первичном туберкулезе относят:

- 1) конъюнктивит и фликтена
- 2) артрит Понсе
- 3) узловатая эритема
- 4) скрофулодерма
- 5) всё вышеперечисленное

462. Наиболее частая клиническая форма первичного туберкулеза:

- 1) туберкулезная интоксикация
- 2) очаговый туберкулез
- 3) первичный туберкулезный комплекс
- 4) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- 5) инфильтративный туберкулез

463. Укажите возможные осложнения при первичном туберкулезе:

- 1) ателектаз
- 2) плеврит
- 3) лимфогенная и бронхогенная диссеминация
- 4) туберкулез бронха
- 5) всё выше перечисленное

464. При туберкулезном бронхоадените чаще поражаются лимфатические узлы?

- 1) аортальные
- 2) бифуркационные
- 3) трахеобронхиальные
- 4) бронхопульмональные
- 5) всё вышеперечисленное

465. При милиарном туберкулезе множественные очаги поражают:

- 1) равномерно оба легких (все отделы легких)
- 2) преимущественно прикорневую зону
- 3) верхние и средние отделы
- 4) преимущественно верхние отделы
- 5) в основном средние и нижние отделы

466. К клинико-морфологическим вариантам инфильтративного туберкулеза относят:

- 1) округлый и бронхолобулярный

- 2) облаковидный
- 3) перисциссурит
- 4) лобит
- 5) всё выше перечисленное

467. Очаговый туберкулез чаще выявляют при:

- 1) обращении к врачу с жалобами на кровохарканье
- 2) обращении к врачу в связи с симптомами вегетососудистой дистонии
- 3) прохождении плановой флюорографии
- 4) госпитализации в стационар в связи с обострением язвенной болезни желудка
- 5) проведении фибробронхоскопии

468. Туберкулезное воспаление доли легкого называют:

- 1) облаковидным инфильтратом
- 2) перисциссуритом
- 3) лобитом
- 4) бронхолобулярным инфильтратом
- 5) инфильтратом Ассмана

469. К неблагоприятным исходам инфильтративного туберкулеза относят:

- 1) фиброзно-кавернозный
- 2) казеозную пневмонию
- 3) формирование туберкулемы
- 4) цирроз с признаками легочно-сердечной недостаточности
- 5) всё вышеперечисленное

470. Появлению туберкулемы предшествует:

- 1) первичный туберкулезный комплекс
- 2) казеозная пневмония
- 3) инфильтративный туберкулез
- 4) фиброзно-кавернозный туберкулез
- 5) милиарный туберкулез

471. Туберкулема отличается от округлого инфильтрата:

- 1) более медленной динамикой при проведении специфической химиотерапии
- 2) наличием эксцентрического распада
- 3) наличием полиморфных очагов в окружающей легочной ткани и признаков фиброза
- 4) наличием в туберкулемах кальцинатов

- 5) всем выше перечисленным

472. Наиболее благоприятным исходом каверны является формирование:

- 1) очага или рубца
- 2) очага Гона
- 3) очагов Симона
- 4) псевдотуберкулемы
- 5) кисты

473. Наиболее частая причина плеврального выпота у лиц молодого возраста:

- 1) туберкулез
- 2) системные заболевания соединительной ткани
- 3) мезотелиома
- 4) саркоидоз легких
- 5) пневмония

474. Хирургическому лечению подлежит:

- 1) серозный плеврит
- 2) геморрагический плеврит
- 3) эмпиема плевры
- 4) фиброзный плеврит
- 5) ни один из вышеперечисленных

475. При прогрессировании кавернозного туберкулеза чаще формируется:

- 1) фиброзно-кавернозный туберкулез
- 2) цирротический туберкулез
- 3) диссеминированный туберкулез
- 4) туберкулез гортани, трахеи, бронхов
- 5) туберкулема

476. Наиболее частым осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза является:

- 1) эмпиема плевры
- 2) легочное кровотечение
- 3) туберкулез гортани, трахеи, бронхов
- 4) спонтанный пневмоторакс
- 5) туберкулез кишечника

477. Наиболее частая причина смерти пациентов фиброзно-кавернозным туберкулезом легких:

- 1) амилоидоз внутренних органов
- 2) тромбоэмболия легочной артерии
- 3) легочно-сердечная недостаточность
- 4) туберкулезная интоксикация
- 5) печеночная недостаточность

478. В экссудате при туберкулезном плеврите преобладают:

- 1) моноциты
- 2) эозинофилы
- 3) ретикулоциты
- 4) лимфоциты
- 5) нейтрофилы

479. Наиболее частой формой пневмокониоза является:

- 1) силикоз
- 2) асбитоз
- 3) алюминоз
- 4) антракоз
- 5) бериллиоз

480. Основной метод лечения пациентов с туберкулезом:

- 1) курортотерапия и дистотерапия
- 2) хирургический
- 3) патогенетическая терапия
- 4) химиотерапия
- 5) коллапсотерапия

481. Основной путь введения противотуберкулезных препаратов при туберкулезном менингите:

- 1) внутривенно капельно и внутримышечно
- 2) перорально
- 3) ингаляционно
- 4) внутрилегочно
- 5) эндобронхиально

482. Консультация окулиста необходима при назначении врачом фтизиатром противотуберкулезного препарата:

- 1) изониазида
- 2) этамбутола
- 3) рифампицина
- 4) пиразинамида

5) канамицина и офлоксацина

483. Для профилактики нейротоксического эффекта изониазида назначают витамин:

- 1) В<sub>1</sub>
- 2) В<sub>12</sub>
- 3) В<sub>6</sub>
- 4) С
- 5) А

484. Наиболее часто туберкулезом поражаются периферические лимфоузлы:

- 1) подмышечные
- 2) надключичные
- 3) паховые
- 4) шейные
- 5) локтевые

485. Появлению конгломератной туберкулемы предшествует:

- 1) подострый диссеминированный туберкулез
- 2) очаговый туберкулез
- 3) туберкулезный плеврит
- 4) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- 5) казеозная пневмония

486. К признакам характерным для туберкулемы относят все кроме:

- 1) скудная клиническая симптоматика
- 2) появление клинических симптомов при прогрессировании
- 3) гиперергическая реакция на туберкулин
- 4) острое начало с выраженными симптомами интоксикации
- 5) наличие эксцентрического распада

487. Тетрада Эрлиха это:

- 1) МБТ
- 2) кристаллы холестерина
- 3) соли аморфных фосфатов
- 4) обызвествленные эластические волокна
- 5) все вышеперечисленное

488. Для фиброзно-кавернозного туберкулеза не характерно:

- 1) толстостенная фиброзная каверна
- 2) массивное бактериовыделение

- 3) зависимость клинической картины от фазы туберкулезного процесса
- 4) смещение органов средостения в сторону поражения
- 5) смещение органов средостения в здоровую сторону

489. В зависимости от протяженности поражения различают виды цирротического туберкулеза:

- 1) односторонний и двусторонний цирротический туберкулез
- 2) сегментарный цирротический туберкулез
- 3) лобарный цирротический туберкулез
- 4) тотальный цирротический туберкулез
- 5) все вышеперечисленные варианты

490. При туберкулезной этиологии плеврита экссудат чаще бывает:

- 1) геморрагический
- 2) гнойный
- 3) серозный
- 4) холестериновый
- 5) хилезный

491. Для пациентов милиарным туберкулезом при исследовании бронхоального содержимого обычно характерно:

- 1) обильное бактериовыделение
- 2) умеренное бактериовыделение
- 3) отсутствие МБТ
- 4) единичные МБТ
- 5) наличие вторичной микрофлоры

492. Чувствительность к туберкулину при милиарном туберкулезе:

- 1) гиперергическая
- 2) отрицательная
- 3) нормергическая
- 4) сомнительная
- 5) резко положительная

493. Инфильтрат, при котором туберкулезное воспаление поражает рядом 2-3 доли легкого, называют:

- 1) бронхолобулярным инфильтратом
- 2) округлым
- 3) облаковидным инфильтратом
- 4) перисциссуритом

5) лобитом

494. Для туберкулезного менингита характерны изменения в ликворе:

- 1) преобладание лимфоцитов в клеточном составе ликвора
- 2) снижение содержания глюкозы
- 3) снижение содержания хлоридов
- 4) повышение внутричерепного давления и содержание белка
- 5) все вышеперечисленное

495. Минимальное число исследований мокроты на КУБ при обследовании на туберкулез составляет:

- 1) одно
- 2) два
- 3) три
- 4) четыре
- 5) пять

496. К обязательному диагностическому минимуму обследования на туберкулез относят всё, кроме:

- 1) общий анализ крови
- 2) анамнез заболевания
- 3) исследование мокроты на КУБ
- 4) рентгенография органов грудной клетки
- 5) компьютерная томография

497. К угрозимым контингентам по заболеванию туберкулезом относят всех, кроме:

- 1) лица БОМЖ
- 2) ВИЧ инфицированные и пациенты со СПИД
- 3) пациенты с сахарным диабетом
- 4) работники пищевой промышленности
- 5) пациенты с хроническими обструктивными заболеваниями легких

498. Наиболее частый исход при своевременном выявлении и адекватном лечении у пациента свежим очаговым туберкулезом:

- 1) формирование санированной полости
- 2) образование рубцов
- 3) полное рассасывание
- 4) образование конгломератной туберкулемы
- 5) частичное рассасывание и уплотнение

499. Свежий туберкулезный очаг называют очагом:

- 1) Ассманна
- 2) Абрикосова
- 3) Гона
- 4) Симона
- 5) Ашоффа-Пуля

500. Поздним выявлением туберкулеза считают обнаружение у впервые выявленного пациента:

- 1) очагового туберкулеза в фазе инфильтрации
- 2) туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов
- 3) фиброзно-кавернозного туберкулеза в фазе инфильтрации
- 4) инфильтративного туберкулеза
- 5) туберкулезного плеврита



### III. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

1-2	64-2	127-2	190-3	253-4	316-1	379-1,2,3,4	442-3
2-4	65-4	128-2	191-3	254-2	317-5	380-2	443-2
3-2	66-4	129-4	192-3	255-4	318-3	381-2,5	444-2
4-3	67-3	130-1	193-3	256-2,3	319-2	382-1,2,3	445-3,4,5
5-4	68-2	131-4	194-3	257-4	320-1	383-1	446-2
6-2	69-3	132-2	195-3	258-1	321-2,3,4,5	384-2	447-1
7-2	70-2	133-4	196-2	259-1	322-5	385-2	448-4
8-3	71-2	134-3	197-4	260-3	323-3	386-1	449-1
9-1	72-1	135-3	198-3	261-2	324-1,4	387-3	450-2
10-3	73-3	136-2	199-2	262-1,2	325-3	388-1	451-4
11-2	74-2	137-1	200-4	263-5	326-1	389-3,5	452-3
12-1,3	75-4	138-2	201-2	264-1	327-2,4	390-5	453-2
13-1,2	76-1	139-3	202-2	265-5	328-5	391-1	454-3
14-2	77-3	140-2	203-3	266-1	329-4	392-1	455-3
15-2	78-4	141-4	204-3	267-1,2,3	330-2	393-3	456-4
16-2	79-1	142-2	205-3	268-1	331-5	394-1,2,4,5	457-4
17-2	80-2	143-4	206-1	269-1,3	332-3	395-2	458-4
18-3	81-4	144-4	207-2	270-1	333-3	396-4	459-3
19-1	82-4	145-4	208-4	271-3	334-3	397-1,2,3,4	460-4
20-4	83-2	146-4	209-4	272-3	335-4	398-4	461-5
21-1	84-3	147-2	210-3	273-1,2	336-5	399-2	462-4
22-4	85-4	148-4	211-4	274-1,2	337-1	400-3	463-5
23-3,4	86-3	149-4	212-3	275-1,4	338-4	401-1	464-4
24-3	87-4	150-3	213-4	276-1,4	339-2	402-1,2,3	465-1
25-2	88-3	151-3	214-3	277-1	340-5	403-2	466-5
26-2	89-2	152-3	215-2	278-1	341-2,3	404-1,2,3	467-3
27-3	90-3	153-4	216-4	279-1	342-5	405-5	468-3
28-4	91-1	154-4	217-3	280-2	343-1	406-1,2,3,5	469-5
29-4	92-3	155-3	218-2	281-3	344-5	407-4	470-3
30-1	93-1	156-1	219-3	282-3	345-2	408-2	471-5
31-1	94-1	157-3	220-1	283-2	346-2	409-6	472-1
32-1	95-4	158-4	221-1	284-1	347-3	410-1	473-1
33-3	96-1,4	159-2	222-1	285-4	348-3	411-2,3,5	474-3
34-3	97-1	160-3	223-2	286-2	349-5	412-2	475-1
35-3	98-2	161-3	224-2	287-4	350-3	413-3	476-2
36-2	99-4	162-2	225-1	288-2	351-2,4,5	414-4	477-3
37-3	100-3	163-4	226-3	289-3	352-5	415-2	478-4
38-1	101-1	164-2	227-1	290-1,2	353-3	416-5	479-1
39-4	102-3,4	165-3	228-2	291-3	354-5	417-1,2,3	480-4
40-3	103-1,2,4	166-2	229-3	292-1	355-2	418-1,4	481-1
41-3	104-3	167-3	230-2	293-2	356-3	419-1	482-2
42-1	105-1	168-2	231-1	294-4	357-2	420-2	483-3
43-2	106-3	169-4	232-3	295-1	358-4	421-1,2,3,5	484-4
44-3	107-1	170-3	233-1	296-2	359-3	422-3,4	485-2
45-3	108-1	171-2	234-2	297-3	360-2,4	423-5	486-4
46-3	109-2	172-1	235-3	298-4	361-2	424-2	487-5
47-3	110-1	173-2	236-3	299-2,3	362-1	425-3	488-5
48-1,3	111-1	174-1	237-4	300-1,3	363-3	426-1	489-5
49-3	112-3	175-4	238-1	301-1	364-4	427-3	490-3
50-2	113-2	176-3	239-1,2,3	302-2	365-4	428-2	491-3
51-1,2,4	114-1,2,3	177-4	240-1	303-5	366-4	429-1	492-2

52-3	115-1	178-1	241-4	304-3	367-1	430-1	493-1
53-2	116-1,3,4	179-2	242-3	305-5	368-1	431-3	494-5
54-3	117-1,2,3,4	180-2	243-1	306-5	369-2	432-3,4	495-3
55-3	118-1,2,3	181-1	244-1	307-1	370-4	433-1	496-5
56-4	119-1	182-4	245-1,3	308-5	371-3	434-4	497-4
57-1	120-3,4	183-1	246-2,4	309-5	372-3	435-4	498-5
58-2	121-2	184-1	247-3	310-1	373-3	436-4	499-2
59-1	122-3	185-1	248-4	311-1	374-3	437-1	500-3
60-4	123-3,4	186-3	249-2	312-3	375-3	438-4	
61-3	124-4	187-2	250-1	313-1	376-1	439-1	
62-2	125-2	188-3	251-3	314-5	377-1	440-2,5	
63-3	126-2	189-2	252-1,2	315-1	378-2	441-3	

#### **IV. КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ**

##### **Задача №1.**

Ребенок 9 лет, учащийся СШ, направлен в детский кабинет областного клинического противотуберкулезного диспансера в связи с подозрением на заболевание туберкулезом после проведенной туберкулинодиагностики. Из анамнеза – контакт с пациентами туберкулезом не отмечает, в детстве перенес ветрянку, отмечает редкие простудные заболевания. Жалоб не предъявляет.

Объективно: кожные покровы чистые. Со стороны внутренних органов без особенностей. Периферические лимфоузлы не увеличены. Анализы крови, мочи в норме.

Рентгенограмма органов грудной клетки – норма. Вакцинирован в роддоме (один поствакцинальный рубчик). Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л: в возрасте 1 года – папула 11, 2 лет – 10 мм, 3 лет – 5 мм, 4-8 лет – 8 мм, 9 лет – папула с везикулой 15 мм.

***Врачебная тактика? Группа диспансерного учета?***

##### **Задача №2.**

У ребенка 6 лет проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 10 мм папула.

В 1 год проба Манту была папула 10 мм, в 2 года – папула 8 мм, в 3,4,5 лет – отрицательная. Ребенок обследован, патологии не выявлено.

***Ваша тактика?***

##### **Задача №3.**

Пациент 48 лет в прошлом перенес туберкулез легких и снят с учета по выздоровлению.

При профилактическом обследовании рентгенологически выявлены изменения: во 2 сегменте правого легкого тонкостенная кольцевидная тень 3×2 см в диаметре с четкими внутренними и наружными контурами. В окружающей легочной ткани единичные очаги слабой интенсивности без четких контуров, в верхушечном сегменте 2 плотных очага с четкими контурами до 0,5 см. В мокроте обнаружены МБТ.

Гемограмма: СОЭ – 29 мм/час, л –  $6,0 \cdot 10^9$ /л, п-я нейтроф. – 4%, лимф. – 34%.

***Поставьте диагноз?***

#### **Задача №4.**

У пациента 43 лет шесть лет назад был диагностирован инфильтративный туберкулез 1,2 сегментов правого легкого в фазе распада, БК+. Лечился стационарно, неоднократно нарушал режим лечения, препараты принимал нерегулярно. Страдает хроническим алкоголизмом.

Объективно: пониженного питания. Температура тела субфебрильная. Определяется западение и отставание в акте дыхания правой половины грудной клетки. Частота дыхания - 28 в мин. В легких аускультативно над всеми отделами, но больше над правым легким множество влажных разнокалиберных и сухих хрипов. Тоны сердца глухие, тахикардия.

Рентгенограмма: правое легкое уменьшено в объеме за счет выраженных фиброзных изменений в верхнесредних отделах, в области верхней доли определяется каверна бобовидной формы. В нижележащих отделах правого легкого и по всем легочным полям левого легкого определяются очаги бронхогенной диссеминации. Органы средостения смещены вправо.

Гемограмма: СОЭ – 54 мм/час, л –  $8,8 \cdot 10^9$ /л, п-я нейтроф. – 12%, лимф. – 14%. БК в мокроте обнаружены бактериоскопически и методом посева. Культура МБТ устойчива к стрептомицину, рифампицину.

***Диагноз? Укажите вид лекарственной устойчивости?***

#### **Задача №5.**

У тракториста 34 лет 2 месяца назад отмечается ухудшение общего состояния, умеренная общая слабость к концу рабочего дня, потливость в ночное время. Указанные явления связывал с переутомлением на работе. На здоровье мало обращал внимания, по вечерам нередко употреблял алкоголь. В дальнейшем общая слабость стала более выраженной, появились постоянный кашель с умеренным количеством мокроты, субфебрильная, а затем и фебрильная температура тела до 38,2°C – 38,7°C. По вечерам лечился аспирином, народными средствами с временным улучшением до тех пор, пока не появилось обильное кровохарканье.

При рентгенологическом обследовании в районной поликлинике в обоих легких по всем легочным полям, преимущественно в верхних зонах, обнаружено множество очаговых и инфильтративных теней местами сливного характера невысокой интенсивности с нечеткими контурами. В верхних долях обоих легких контурировались несколько тонкостенных кольцевидных теней. Корни малоструктурны, размеры легочных полостей и средостения без особенностей. На флюорограмме выполненной год назад патологии в легких не определялось.

Гемограмма: СОЭ – 42 мм/час, л –  $9,2 \cdot 10^9$ /л. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 12 мм. В мокроте бактериоскопически обнаружены БК в большом количестве.

***Поставьте диагноз?***

#### **Задача №6.**

У пациента 54 лет внезапно среди полного здоровья на фоне приступообразного кашля появилась боль в левой половине грудной клетки, которая усиливалась при глубоком вдохе. Дыхание стало поверхностным, постепенно нарастала одышка, болевые ощущения усиливались. Прием валидола и нитроглицерина под язык положительного эффекта не оказали.

При осмотре отмечено отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, с этой же стороны аускультативно дыхание резко ослаблено.

Рентгенограмма: прозрачность правого и левого легкого неодинакова. Левое легочное поле наполовину разделено слабозаметной вертикальной линией, идущей от купола диафрагмы и теряющейся в верхней части. В медиальной зоне левого легочного поля отмечается сгущение легочного рисунка, а в латеральной зоне легочный рисунок отсутствует, здесь же резко усилена прозрачность. Средостение смещено в правую сторону. В правом легком резко усилен легочный рисунок на всем протяжении легочного поля. Томографически на 6 см в верхних отделах в медиальной зоне левого легкого определяется тонкостенная деформированная полость. В промывных водах бронхов бактериоскопически обнаружены единичные микобактерии.

***Поставьте диагноз? Группа диспансерного учета? Лечение?***

#### **Задача №7.**

Юноша 17 лет, учащийся 10 класса, состоит на учете в 4 группе диспансерного учета (контакт с отцом, страдающим туберкулезом). При очередном обследовании выявлены патологические изменения на рентгенограмме. Жалоб не предъявляет. Месяц назад перенес грипп.

Объективно: кожные покровы чистые, периферические лимфоузлы не увеличены. На левом плече имеется один поствакцинальный рубчик. Легкие, сердце – без особенностей. Анализы крови и мочи в норме. БК в мокроте не обнаружены бактериоскопически и трижды методом посева. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л: в возрасте 1 года – папула 6 мм, 2-16 лет – отрицательная, 17 лет – папула 15 мм.

Рентгенограмма: справа в 3 сегменте определяется группа очагов средней интенсивности сливного характера с тяжистостью к корню. Корень расширен, наружный контур выпуклый.

**Диагноз? Группа диспансерного учета? Стандартная схема химиотерапия?**

#### **Задача №8.**

Ребенок 7 лет направлен в детский кабинет тубдиспансера с жалобами на появление припухлости в области средней трети левого плеча, наличие свища с выделением небольшого количества гноя. Из анамнеза установлено, что четыре месяца назад проводилась ревакцинация БЦЖ.

Объективно: развитие ребенка соответствует возрасту. Со стороны внутренних органов без особенностей. Анализы крови, мочи в норме. На границе верхней и средней трети левого плеча припухлость 2×2,5 см со свищом в центре и наличием небольшого количества гноя, безболезненная. Кожа вокруг свища не изменена.

**Диагноз? Группа диспансерного учета? Лечебные мероприятия?**

#### **Задача №9.**

Пациентка 70 лет, пенсионерка. Обратилась в поликлинику с жалобами на приступообразный кашель, слабость, похудание.

Физикально: в межлопаточной области слева выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Печень и селезенка не увеличены. На ЭКГ - умеренные диффузные изменения миокарда. АД 140/90 мм рт.ст.

Анализ крови: л –  $9,5 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 26 мм/час. В мокроте обнаружены МБТ.

Рентгенограмма: в 6 сегменте левого легкого определяется фокус 5×4 см в диаметре без четких контуров с полостью распада в центре и воспалительной «дорожкой» к корню легкого.

**Поставьте диагноз? Группа диспансерного учета?**

#### **Задача №10.**

Ребенок 4 месяцев, в роддоме не вакцинирован из-за недоношенности. В настоящее время вес соответствует возрасту, здоров.

**Врачебная тактика?**

### Задача №11.

Пациентка 40 лет, безработная. Жалоб не предъявляет. Выявлена при профилактическом осмотре в связи с трудоустройством на работу. Предыдущее рентгенообследование 3 года назад. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, оперирована по поводу фибромиомы матки. Контакт с пациентами, страдающими туберкулезом отрицает. Вредных привычек нет.

Объективно: нормального питания, кожные покровы чистые, периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких легочной звук, везикулярное дыхание. Температура тела нормальная. Анализы крови и мочи в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 8 мм. В мокроте методом бактериоскопии и посева микобактерии туберкулеза не выявлены.

Рентгенограмма: в 1-2 сегменте левого легкого на фоне усиленного легочного рисунка определяются единичные очаговые тени средней интенсивности размером до 10-15 мм. Справа изменений не выявлено.

*Диагноз? Стандартная схема химиотерапии?*

### Задача №12.

Пациент 36 лет доставлен в стационар облтубдиспансера с жалобами на обильное кровохарканье и кашель, которые появились около 2-х часов назад. Состоит на учете в диспансере по поводу туберкулеза легких. Лечился нерегулярно, недисциплинирован. Злоупотребляет алкоголем. На инвалидности по заболеванию туберкулезом. Страдает язвенной болезнью желудка в течение 10 лет. Дома принимал противокашлевые средства, однако выделение крови с мокротой в виде сгустков и свежей крови продолжается.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные, чистые. Частота дыхания – 30 в мин. Над легкими справа укорочение звука в верхне-средних отделах, здесь же выслушиваются влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, 108 уд. в мин. Печень +2 см, живот болезненный в эпигастрии. В мокроте определяются сгустки крови.

Гемограмма: СОЭ – 26 мм/час, л –  $6,2 \cdot 10^9$ /л, эоз. – 1%, п-я – 6%, с/я – 70%, лимф. – 20%, мон. – 3%. БК в мокроте бактериоскопически 3-5 в 100 полях зрения. По результатам посева культура МБТ устойчива к изониазиду, рифампицину, канамицину, ломофлоксацину.

Рентгенограмма: справа в верхней доле легкого определяются выраженный фиброз и каверна размером 4×5 см, доля уменьшена в объеме, свежие очаги обсеменения в нижних отделах правого легкого и на

всем протяжении левого легкого. Средостение смещено вправо. Сердце без особенностей.

**Диагноз? Укажите вид лекарственной устойчивости?**

### **Задача №13.**

У ребенка 6 лет проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 15 мм. Отмечаются плохой аппетит, быстрая утомляемость, субфебрильная температура тела. В анамнезе частые простудные заболевания. С 4 лет непостоянный контакт с пациентом открытой формой туберкулеза. Вакцинирован БЦЖ в роддоме. Динамика туберкулиновых проб: в 1 год проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 5 мм, в 2 года – 3 мм, в 3 года – гиперемия 3 мм, в 4 и 5 лет проба Манту – отрицательная.

Объективно: температура 37,3°C. Кожные покровы чистые. Пальпируются множественные периферические лимфоузлы от 0,5 до 1,0 см мягкоэластической консистенции.

Гемограмма: СОЭ – 21 мм/час, л –  $8,0 \cdot 10^9$ /л, п-я – 8%, лимф. – 32%, Нв – 110 г/л.

Рентгенограмма органов грудной клетки без видимой патологии.

**Поставьте диагноз и дайте его обоснование?**

### **Задача №14.**

Пациент 60 лет. В детстве был контакт с отцом, страдающим туберкулезом. В 30 лет лечился по поводу туберкулеза легких. Последние 20 лет работает рабочим на железной дороге.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Правая половина грудной клетки незначительно отстает в акте дыхания. Перкуторно определяется небольшое укорочение звука над остью лопатки справа, аускультативно в этой зоне ослабленное дыхание. Анализы крови, мочи без патологических изменений. В мокроте БК не обнаружены. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 7 мм.

Рентгенограмма: в 1-2 сегментах правого легкого на фоне пневмоцирроза определяется группа очаговых теней высокой интенсивности с четкими контурами. Правое легкое незначительно уменьшено в размере, корень правого легкого подтянут кверху, трахея смещена вправо.

Сравнительное изучение рентгенодокументации за последние пять лет свидетельствует о стабильности процесса в легких.

**Диагноз? Нуждается ли пациент в наблюдении тубдиспансера или поликлиники по месту жительства, и с каким диагнозом?**



### **Задача №15.**

У молодого человека 26 лет три недели назад без видимой причины появилась общая слабость, болевые ощущения в левой половине грудной клетки, повышение температуры тела до  $37,3^{\circ}\text{C}$  –  $37,8^{\circ}\text{C}$ . Затем боли прекратились, однако общая слабость нарастала, температура по вечерам стала повышаться до  $38^{\circ}\text{C}$  –  $39^{\circ}\text{C}$  с ночными потами, появилась одышка.

При осмотре выявлено отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, слева по всем линиям от 3-го ребра до диафрагмы укорочение перкуторного звука вплоть до тупости. Дыхание над левым легким не выслушивается.

Рентгенограмма: слева от 3 ребра книзу определяется гомогенное интенсивное затемнение. Синус и купол диафрагмы не определяются. Верхняя граница затемнения косая. Средостение смещено вправо. При дополнительной латероскопии тень переместилась к нижнему латеральному краю грудной клетки с верхней ровной горизонтальной линией.

Гемограмма: СОЭ – 52 мм/час, л –  $8,9 \cdot 10^9/\text{л}$ . Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 8 мм. БК в промывных водах бронхов не обнаружены. Контакт с пациентами, страдающими туберкулезом в прошлом отрицает.

***Предварительный диагноз? План обследования пациента?***

### **Задача №16.**

Ребенок 6 лет родился в срок, вакцинирован вакциной БЦЖ в роддоме. С 4-х лет частые простудные заболевания. Контакт с пациентами, страдающими туберкулезом не установлен.

В настоящее время заболел остро. Температура  $38,5^{\circ}\text{C}$ , отмечается слабость, потливость, отсутствие аппетита, кашель. Кожные покровы бледные, влажные. Пальпируются безболезненные шейные, подмышечные и подчелюстные лимфатические узлы от 0,5 до 1,0 см в диаметре, мягкоэластической консистенции. В легких справа в межлопаточном пространстве укорочение легочного звука, единичные сухие хрипы. Сердце – тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см.

Гемограмма: СОЭ – 20 мм/час, л –  $7,9 \cdot 10^9/\text{л}$ , лимф. – 16%, Нв – 103 г/л. Динамика туберкулиновой пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л: в 1 год – 5 мм, в 2 года – 4 мм, в 3 года – гиперемия, 4 года – отрицательная, 5 лет – 7 мм, 6 лет – 15 мм.

Рентгенограмма: очаговых и инфильтративных теней в легких не выявлено. Корень правого легкого расширен, нечеткий, просвет главного бронха не определяется. Прикорневой рисунок правого легкого усилен. БК в мокроте трижды не обнаружены.

Лечение антибиотиками широкого спектра действия в течение двух недель клинико-рентгенологического эффекта не оказало.

**Диагноз? Обоснование диагноза?**

### **Задача №17.**

Пациентка 59 лет. Три года назад был обнаружен туберкулез легких при профилактической флюорографии. Пациентка выехала в другой город и нигде не наблюдалась. Периодически отмечала ухудшение общего состояния, усилился кашель с мокротой. Лечилась домашними средствами. В настоящее время жалуется на сильный кашель со слизистой мокротой (в мокроте прожилки крови), нерезкую боль в грудной клетке справа, одышку, общую слабость, повышенную температуру тела до 38°C, похудание.

При осмотре пациентка пониженного питания. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, межреберные промежутки справа сужены, правый плечевой пояс опущен, над- и подключичные ямки западают. Перкуторно от верхушки до 2-го ребра справа притупление легочного звука, ниже – с коробочным оттенком. Дыхание над правым легким жесткое, в межлопаточной области сухие и влажные хрипы. ЧД – 22 в минуту. Сердце – глухие сердечные тоны, акцент 2 тона на аорте, тахикардия. Пульс 100 ударов в минуту. Гемограмма: СОЭ – 28 мм/час, л –  $9,1 \cdot 10^9$ /л, п-я нейтрофилы – 13%, лимф. – 16%. В мокроте микроскопически обнаружены КУБ 10-15 в 100 полях зрения. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – отрицательная.

Рентгенограмма: правое легкое уменьшено в объеме. Верхняя доля затенена, междолевая щель подтянута до 2 ребра, в подключичной области определяется полостное образование 5×3,5 см, овальной формы. В левом легком между 3 и 5 ребрами в прикорневой зоне очаги слабой интенсивности без четких контуров.

**Поставьте диагноз?**

### **Задача №18.**

Пациент 45 лет. При очередной профилактической флюорографии выявлены изменения в правом легком. Год назад флюорографически патологии в легких не выявлено. Контакт с пациентами, страдающими туберкулезом не установлен. В анамнезе – простудные заболевания, грипп, пневмония. Курит 20 лет. Жалоб нет.

При объективном обследовании патологии со стороны внутренних органов не обнаружено. Анализы крови и мочи в норме. В промывных водах бронхов МБТ не обнаружены. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 12 мм.

Рентгенограмма: в 1,2 сегментах правого легкого определяются мелкие и средней величины немногочисленные очаги без четких контуров, преимущественно малой интенсивности. В подключичной зоне правого легкого усилен легочный рисунок. Корни легких уплотнены.

***Поставьте диагноз? Группа диспансерного учета?***

### **Задача №19.**

Пациент 56 лет жалуется на одышку, кашель со слизисто-гнойной мокротой, сердцебиение, общую слабость, периодически повышается температура до 37,1°C-37,5°C. 15 лет назад перенес инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (лобит) в фазе распада. Проводилась длительная химиотерапия. В последующие годы отмечались обострения. 6 месяцев назад проведен курс лечения противотуберкулезными препаратами.

Объективно: правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, правый плечевой пояс опущен, над- и подключичные ямки справа западают. Перкуторно определяется укорочение легочного звука над верхним отделом правого легкого. Здесь же дыхание бронхиальное, сухие хрипы. ЧД в покое – 18 в мин. В мокроте однократно методом посева обнаружены МБТ – 5 колоний.

Гемограмма: СОЭ – 16 мм/час, л –  $5,0 \cdot 10^9$ /л, Нв – 120 г/л. Анализ мочи в норме.

Рентгенограмма: правое легочное поле сужено, органы средостения смещены вправо. От верхушки до 3 ребра справа затенение высокой интенсивности с участками просветления и включением интенсивных очагов.

***Поставьте диагноз?***

### **Задача №20.**

Пациент 30 лет, работает слесарем на заводе. Анамнез не отягощен. При профилактическом обследовании 4 года назад был выявлен инфильтративный туберкулез 1-2 сегмента левого легкого, БК-. Пациент лечился стационарно, санаторно, амбулаторно. Рентгенологически отмечалась положительная динамика. Принимал сезонные курсы химиотерапии. Ежегодно обследовался рентгенологически, производились посевы мокроты на БК. За время наблюдения в диспансере результаты исследования на БК отрицательные.

В настоящее время состояние удовлетворительное. При объективном обследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Анализы крови, мочи в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 8 мм.

Рентгенограмма: в легких слева в 1-2 сегменте определяются плотные единичные тени средних размеров. Корни, сердце в норме. Стоит на учете в диспансере по 3-А группе в течение последнего года.

***Врачебная тактика?***

### **Задача №21.**

Девочка 15 лет направлена в детский кабинет облтубдиспансера для обследования в связи с положительной туберкулиновой пробой. Страдает частыми простудными заболеваниями с явлениями бронхита. Контакт с пациентами, страдающими туберкулезом не отмечает.

Жалуется на сухой кашель. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких хрипов не определяется. Со стороны других органов без особенностей. На левом плече - два поствакцинальных знака. Анализы крови, мочи в норме. Посев мокроты на МБТ отрицательный. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л: в возрасте 1 года – 10 мм, 2 лет – 5 мм, 3-7 лет – отрицательная, 8 лет – 5 мм, 9-14 лет – отрицательная, 15 лет – папула 20 мм.

На рентгенограмме легких патологии не выявлено.

***Диагноз? Группа диспансерного учета? Врачебная тактика?***

### **Задача №22.**

Пациентка 21 года поступила в стационар с жалобами на повышенную температуру тела, общую слабость, похудание, потливость, сильный кашель с небольшим количеством мокроты, одышку.

Объективно: температура тела 38°C, пониженного питания, бледная. В легких сухие и влажные хрипы в межлопаточной области. ЧД – 18 в мин.

Гемограмма: СОЭ – 40 мм/час, л – 11,0 10<sup>9</sup>/л, лимф. – 13%, п-я – 10%. В мокроте обнаружены МБТ.

Рентгенограмма: по всем полям обоих легких множественные очаги слабой интенсивности, местами сливного характера, гуще расположенные в 1 и 2 сегментах, в верхней доле левого легкого множественные тонкостенные каверны («штампованные»).

Через два дня состояние пациентки внезапно ухудшилось, при сильном кашле появились боли в грудной клетке слева, усилилась одышка. При осмотре: левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, слева дыхание резко ослаблено. ЧД - 25 в мин.

Рентгенограмма: левое легкое поджато воздухом, органы средостения смещены вправо. Изменения в правом легком прежние.

***Поставьте диагноз? Причина резкого ухудшения состояния пациентки?***

### **Задача №23.**

Пациент 40 лет, инженер, масса тела 72 кг. Три года назад был обнаружен диссеминированный туберкулез легких в фазе распада, БК+. В течение 1 года проводился курс химиотерапии с использованием тубазида, стрептомицина, рифампицина, канамицина и этамбутола в разных комбинациях. Получен выраженный терапевтический эффект. Прекратилось бацилловыделение, значительно рассосались очаги, перестала определяться каверна, на ее месте сформировался крупный очаг и фиброз. Через 6 месяцев после перевода в 3 "А" группу учета возникла вспышка процесса. В зоне крупного очага во 2 сегменте правого легкого определяется полость распада диаметром 2 см с широким перифокальным валом воспаления, рядом единичные очаги малой интенсивности без четких контуров. Беспокоит кашель с мокротой, температура тела до 37,4°C по вечерам, потливость. В мокроте обнаружены МБТ, устойчивые к канамицину 10 мкг/мл, стрептомицину 5 мкг/мл и чувствительные к другим препаратам.

***Поставьте диагноз? Вид лекарственной устойчивости? Группа диспансерного учета?***

### **Задача №24.**

У ребенка 6 лет около года отмечается периодически умеренная слабость, утомляемость, почти постоянная субфебрильная температура тела во второй половине дня.

Объективно: на левом плече имеется один поствакцинальный рубчик. Отмечается увеличение шейных, подчелюстных, надключичных и подмышечных лимфатических узлов. Около двух недель назад на голених появились багрово-синюшные пятнистые изменения кожи. В легких дыхание жесткое в верхних отделах. Тахикардия – 100 уд. в мин.

Гемограмма: СОЭ – 27 мм/час, л –  $8,8 \cdot 10^9$ /л.

На обзорной рентгенограмме и ТМГ корней легких патологии не выявлено. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 18 мм. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л в 4 и 5 лет была отрицательной.

***Диагноз? Группа диспансерного учета? Врачебная тактика?***

### **Задача №25.**

Пациент 26 лет. Год назад имел контакт с пациентом, страдающим туберкулезом легких. Заболел около трех недель, когда появились боли в правой половине грудной клетки, температура до 39°C, кашель. Последние 7 дней боли в груди значительно уменьшились, однако по-

явилась выраженная одышка. Лечился в течение двух недель по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии, эффекта не получено.

Объективно: пациент лежит на правом боку. Одышка – Частота дыхания 28 в мин. При осмотре определяется отстаивание в акте дыхания правой половины грудной клетки, сглаженность межреберных промежутков справа. Перкуторно отмечается интенсивное притупление звука справа по задней подмышечной, лопаточной линиям. Дыхание над правым легким не прослушивается. Сердце смещено влево.

Рентгенограмма органов грудной клетки: справа определяется обширное гомогенное затенение до купола диафрагмы с верхней косой границей по ходу 3-го ребра. Правый купол диафрагмы не контурируется. Органы средостения смещены влево.

Гемограмма: СОЭ – 46 мм/час, л –  $8,0 \cdot 10^9$ /л, п-я нейтроф. – 16%, лимф. – 10%. В промывных водах бронхов МБТ не обнаружены. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 17 мм.

***Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? Обоснование диагноза?***

### **Задача №26.**

Пациент 55 лет. Жалобы на одышку при малейшей физической нагрузке, кашель, обильное легочное кровотечение. В прошлом перенес инфильтративный туберкулез (лобит) верхней доли правого легкого.

Объективно: правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, межреберные промежутки втянуты, укорочение перкуторного тона над верхним отделом правого легкого, здесь же – бронхиальное дыхание, сухие и влажные хрипы.

Гемограмма: СОЭ – 23 мм/час, л –  $9,4 \cdot 10^9$ /л, п-я нейтроф. – 8%. В мокроте МБТ не обнаружены. В течение 4-х лет стабильные рентгенологические данные. Верхняя доля правого легкого интенсивно затенена. Легочное поле сужено, средостение смещено вправо. После проведенной гемостатической терапии кровотечение прекратилось. Через сутки состояние пациента ухудшилось: усилилась одышка, увеличилось количество мокроты, повысилась температура тела до  $39^\circ\text{C}$ . В легких стали прослушиваться под лопатками множество среднепузырчатых хрипов.

Гемограмма: СОЭ – 46 мм/ч, л –  $14,8 \cdot 10^9$ /л, рентгенологически отмечается отрицательная динамика: появились очаговые тени и инфильтративные фокусы в нижних долях обоих легких.

***Поставьте диагноз?***

### **Задача №27.**

Мужчина 43 лет наблюдался в поликлинике с единичным кальцинатом в корне левого легкого как рентгеноположительный в течение нескольких лет. При очередной профилактической флюорографии выявлены изменения в легких. Два года назад перенес резекцию 2/3 желудка по поводу язвенной болезни.

Жалуется на быструю утомляемость, незначительную потливость. Объективно: в легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, Живот мягкий безболезненный, по средней линии живота – послеоперационный рубец. Анализы крови, мочи в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 12 мм. МБТ в мокроте не обнаружены.

Рентгенограмма: в 1-2 сегменте левого легкого определяется группа очагов разной величины, очерченности и интенсивности на фоне усиленного легочного рисунка. В левом корне кальцинат.

***Диагноз и его обоснование? Группа диспансерного учета?***

### **Задача №28.**

Пациент 28 лет, разнорабочий. При очередной флюорографии впервые обнаружены изменения в легких. Контакт с пациентами, страдающими туберкулезом не установлен.

Симптомов интоксикации нет. Физикально по органам без особенностей. Анализы крови, мочи в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 19 мм с везикулой. В мокроте обнаружены МБТ методом посева.

Рентгенограмма: во 2 сегменте правого легкого определяется круглый фокус с эксцентричным распадом, единичные мягкие очаги. В корне правого легкого мелкие петрификаты.

***Поставьте диагноз? Лечебная тактика?***

### **Задача №29.**

У девушки 19 лет после сильного переохлаждения внезапно появилась высокая температура тела до 39°C – 40,4°C во второй половине дня, утром она была несколько ниже – 37,5°C – 37,8°C. Беспокоила выраженная общая слабость, потливость по ночам, нарастала одышка в покое. Физикально со стороны легких без особенностей, отмечалась тахикардия – 118 уд. в мин.

Пациентка госпитализирована в терапевтический стационар, где сразу же начата интенсивная терапия антибиотиками широкого спектра действия.

На выполненной рентгенограмме в обоих легких очаговых и инфильтративных теней не определялось, отмечалось усиление легочного

рисунка. Справа в корне несколько мелких кальцинатов. Через 15 дней ввиду отсутствия эффекта от парентерального введения антибиотиков с подозрением на инфекционное заболевание переведена в инфекционную больницу. В связи с выраженной одышкой и небольшим сухим кашлем выполнена повторная рентгенограмма, на которой выявлено в обоих легких симметрично от верхушек до диафрагмы появление множества очень мелких нежных очаговых теней, не сливающихся между собой. Установлено, что в возрасте 4-х лет был контакт с умершим от туберкулеза дедушкой. В школе проба Манту постоянно была положительной. Поставленная в инфекционной больнице проба Манту оказалась отрицательной. БК скопически трижды не обнаружены. Анализ крови: СОЭ – 45 мм/час, л –  $8,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , лимф. – 15%.

***Поставьте диагноз?***

### **Задача №30.**

Ребенок 2-х лет. Около 1,5 месяцев отмечается постоянная субфебрильная температура тела во второй половине дня. На протяжении последней недели температура повышалась иногда до 38°C. У ребенка отмечается вялость, слабость, снижение аппетита, потливость по ночам, периодически сухой кашель.

Объективно: ребенок пониженного питания, пальпируются шейные, подмышечные лимфоузлы от 0,5 до 1 см в диаметре мягкоэластической консистенции, подвижные, не спаянные с кожей. В легких дыхание жесткое. Сердце – тахикардия.

Гемограмма: СОЭ – 30 мм/час, л –  $7,2 \cdot 10^9/\text{л}$ , лимф. – 15%, п-я нейтроф. – 10%.

Рентгенограмма: в 8 сегменте правого легкого определяется гомогенный фокус инфильтрации неправильной формы с нечеткими контурами, связанный дорожкой с увеличенным за счет инфильтрации правым корнем.

Проведенная интенсивная противопневмоническая терапия в течение 2-х недель без эффекта, клинико-рентгенологическая картина стабильная. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 15 мм, в прошлом году – отрицательная. Вакцинация в роддоме не проводилась. В промывных водах желудка БК не обнаружены.

***Поставьте диагноз? Оцените состояние туберкулиновой чувствительности у ребенка?***

### **Задача №31.**

Девочка 8 лет родилась преждевременно на 8-ом месяце беременности в неблагополучной семье. Отставала в физическом развитии



от сверстников, часто болела простудными заболеваниями. Сведений о вакцинации в роддоме нет. Семья переехала из Средней Азии. Сведения о характере туберкулиновой чувствительности отсутствуют. Имела четыре года назад контакт с бабушкой, страдающей туберкулезом. Девочка заболела остро. Появилась температура до 40°C, головная боль, ночные поты, слабость, сухой кашель.

При обследовании: акроцианоз, кожа влажная, одышка, тахикардия. Пониженного питания, кожа и слизистые бледные, мышечный тонус вялый. Пальпируются 6 групп периферических лимфатических узлов мягко-эластической консистенции до 5-6 мм в диаметре. БЦЖ – рубчики отсутствуют. В легких дыхание жесткое, рассеянные единичные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Печень выступает из-под реберной дуги на 1,5 см. Живот мягкий.

Гемограмма: л –  $11 \cdot 10^9/\text{л}$ , п-я нейтроф. – 12%, лимф. – 15%, СОЭ – 38 мм/час. Анализы мочи в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 14 мм. В мокроте МБТ не обнаружены.

Рентгенограмма: по всем легочным полям в обоих легких определяются мелкие множественные однотипные очаги малой интенсивности. Лечение антибиотиками широкого спектра в течение двух недель эффекта не оказало.

***Диагноз? Обоснование диагноза?***

### **Задача №32.**

У пациента 37 лет при профилактическом флюорографическом обследовании во 2 сегменте правого легкого обнаружен фокус затенения до 5 см в диаметре средней интенсивности с четкими контурами и эксцентрическим просветлением у нижнего полюса. До этого 3 года рентгенологически не обследовалась.

Общее состояние пациента удовлетворительное, иногда отмечает повышенную потливость, легкое покашливание. Температура тела нормальная. Физикальные данные без особенностей.

Гемограмма в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 22 мм. Бактериоскопически в промывных водах бронхов обнаружены МБТ.

***Поставьте диагноз? План лечения данного пациента?***

### **Задача №33.**

Пациентка 35 лет жалуется на общую слабость, субфебрильную температуру тела, потерю массы тела, кашель с мокротой.

Пациентка бледная, подкожный жировой слой развит слабо. Перкуторно определяется укорочение легочного звука от верхушек до углов лопаток. Аускультативно дыхание жесткое, единичные сухие и

влажные хрипы паравертебрально. В мокроте методом седиментации обнаружены МБТ. Гемограмма: СОЭ – 28 мм/час, л –  $9,1 \cdot 10^9$ /л, п-я – 8%, лимф. – 18%, моноциты – 12%. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – отрицательная.

Рентгенограмма: в легких с обеих сторон по всем долям, гуще в верхних и кортикальных отделах легких, на фоне выраженного лимфангоита очаговые тени средней интенсивности без четких контуров, местами сливного характера, во 2 сегменте правого легкого несколько тонкостенных кольцевидных теней от 1,5 до 3 см в диаметре со слабо выраженным перифокальным воспалением.

***Поставьте диагноз?***

### **Задача №34.**

У девочки 4 лет около 2-х месяцев отмечается слабость, потливость, снижение аппетита, беспокоит малопродуктивный кашель, периодические повышения во второй половине дня температуры тела до  $37,5^{\circ}\text{C}$  –  $38,8^{\circ}\text{C}$ . Курс противовоспалительной терапии по поводу бронхита по назначению педиатра малоэффективен. В целом общее состояние ребенка относительно удовлетворительное. Из анамнеза выяснено, что полгода назад родители с девочкой ездили в гости к родственникам, один из которых болеет туберкулезом.

При внеочередной постановке педиатром пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 16 мм. 8 месяцев назад проба Манту при плановом обследовании была 2 мм.

Рентгенограмма: корень правого легкого расширен, инфильтрирован, просвет правого главного бронха не определяется. В легких очаговых теней не выявлено. В промывных водах желудка МБТ не обнаружены.

***Поставьте диагноз? Оцените состояние туберкулиновой чувствительности у ребенка?***

### **Задача №35.**

У пациента 56 лет 7 лет тому назад был обнаружен инфильтративный туберкулез 1-2 сегментов левого легкого в фазе распада и обсеменения, БК+. Лечился 5 месяцев в стационаре. Отмечено рассасывание очагов бронхогенного засева и частично инфильтративных изменений вокруг полости, однако каверна не закрылась. От оперативного лечения отказался. В дальнейшем лечился нерегулярно, злоупотреблял алкоголем. Несколько раз наступали обострения туберкулезного процесса с бактериовыделением, лечился повторно кратковременно, полость в ле-

вом легком продолжала определяться, появились симптомы ДН 2 степени.

При осмотре грудная клетка асимметрична, левое плечо ниже правого, слева над ключицей западение, левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно определяется коробочный звук в нижнем отделе левого легкого и на всем протяжении правого. Аускультативно в надлопаточной и подключичной зоне слева выслушивается амфорическое дыхание и сухие влажные хрипы.

Гемограмма: СОЭ – 25 мм/час, л –  $6,5 \cdot 10^9$ /л. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 8 мм. Бактериоскопически БК в мокроте обнаружены. Методом посева – рост более 100 колоний МБТ человеческого вида, устойчивые к стрептомицину и рифампицину.

Рентгенограмма: в верхней доле левого легкого определяется выраженный фиброз и полость распада размером 5×4 см. Доля уменьшена в объеме. В нижележащих отделах левого легкого очаговые тени различной интенсивности. Левый корень подтянут кверху. Средостение смещено влево. В нижних отделах с обеих сторон легочные поля эмфизематозны.

***Поставьте диагноз?***

### **Задача №36.**

Пациентка 17 лет, студентка. Два месяца назад появилась умеренная слабость, часто во второй половине дня повышалась температура тела до 37,3 - 37,6°C, две недели назад стала отмечать небольшую боль в правой половине грудной клетки. В анамнезе контакт с пациентами, страдающими туберкулезом не установлен. В детстве перенесла пневмонию. Флюорографически обследовалась ежегодно, патологии в легких не определялось.

Объективно: пациентка удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. В подмышечных областях мелкие плотные лимфоузлы до 0,5 см в диаметре. В правом легком в нижнем отделе укорочение перкуторного тона, здесь же дыхание не прослушивается, тоны сердца приглушены, тахикардия. Температура тела 38°C. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 23 мм.

Гемограмма: СОЭ – 35 мм/час, л –  $9,8 \cdot 10^9$ /л, п-я нейтроф. – 12%. МБТ в мокроте скопически и методом посева не обнаружены.

Рентгенограмма: в третьем сегменте правого легкого определяется фокус инфильтрации размером около 2 см в диаметре неоднородного характера с «дорожкой» к корню. Корень правого легкого расширен с нечеткими наружными контурами. В реберно-диафрагмальном

синусе определяется небольшое количество жидкости. В левом легком изменений не выявлено.

***Диагноз? Обоснование диагноза?***

### **Задача №37.**

У пациентки 34 лет при флюорографическом обследовании выявлены патологические изменения в легких. Флюорографически не обследовалась около 3-х лет, так как находилась в отпуске по уходу за ребенком.

Объективно: состояние удовлетворительное, несколько пониженного питания. Со стороны внутренних органов без особенностей. Показатели периферической крови, мочи в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 10 мм.

Рентгенограмма: в 1,2 сегментах правого легкого определяются единичные очаговые тени слабой и средней интенсивности малых и средних размеров.

Проведен двухнедельный курс противовоспалительного лечения в пульмонологическом стационаре. Рентгенологической динамики процесса в легких не получено. В мокроте бактериоскопически однократно обнаружены МБТ.

***Диагноз? Клиническая категория? Схема лечения в интенсивную фазу?***

### **Задача №38.**

У подростка 15 лет около 1,5 месяцев назад ухудшилось общее состояние, появились общая слабость, потливость по ночам, субфебрильная температура тела во второй половине дня, кашель с небольшим количеством мокроты. В последние дни температура тела повысилась до 38°C – 38,5°C, кашель усилился, в мокроте стали появляться прожилки крови. Из анамнеза: у отца подростка в прошлом году обнаружена открытая форма туберкулеза, при обследовании контактов все члены семьи оказались здоровыми, назначалась химиопрофилактика изониазидом. Подросток прием препарата игнорировал.

При обследовании у терапевта перкуторные и аускультативные данные со стороны органов грудной клетки без особенностей.

Гемограмма: СОЭ – 35 мм/час, л –  $8,4 \cdot 10^9$ /л.

Рентгенограмма: в 1,2 сегментах правого легкого обширное неправильной формы затенение с нечеткими размытыми контурами, неравномерной структуры с включением очаговых теней и просветлениями. Слева в среднем и нижнем легочном поле определяются множество средней величины нежных очаговых теней. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л

– папула 18 мм. Проба Манту в 14 лет была 9 мм. В мокроте бактериоскопически обнаружены МБТ.

***Поставьте диагноз? Оцените характер туберкулиновой чувствительности?***

### **Задача №39.**

Пациент 44 лет, не работает. Жалуется на общую слабость, потливость. Изменения в легких выявлены при профосмотре в связи с устройством на работу. Контакт с пациентами, страдающими туберкулезом отрицает. Предыдущее флюорографическое обследование органов грудной клетки 4 года назад - норма.

Объективно: кожные покровы чистые, периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких легочной звук, жесткое дыхание. Температура тела в норме. Анализы крови и мочи в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 12 мм. БК в мокроте обнаружены микроскопически трехкратно (1-2 в поле зрения) и получен рост – более 100 колоний. Чувствительность МБТ к химиопрепаратам сохранена.

Рентгенограмма: в 6 сегменте правого легкого определяется неомогенной структуры инфильтративная тень размером 3×2,5 см. В окружающей легочной ткани справа и в 1-2 сегменте левого легкого отмечаются малоинтенсивные очаговые тени.

***Диагноз? Массивность бактериовыделения?***

### **Задача №40.**

Пациентка 17 лет жалуется на кашель со скудной мокротой, температуру до 37,8°, утомляемость, слабость, снижение аппетита, похудание. Самочувствие ухудшилось 1,5-2 месяца назад. Год назад был контакт с пациенткой, страдающей туберкулезом в течение 3-х месяцев. Флюорография два года назад при поступлении в училище – норма.

Объективно: пациентка пониженного питания. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, тахикардия.

Гемограмма: СОЭ – 25 мм/час, л –  $6,4 \cdot 10^9/\text{л}$ , проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 20 мм. В мокроте БК не обнаружены.

Рентгенограмма: в 6 сегменте правого легкого определяется фокус затенения 4×5 см, неправильной формы, средней интенсивности, гомогенного характера с размытыми контурами, связанный «дорожкой» с корнем. Правый корень расширен. В течение 2-х недель лечилась ампициллином, линкомицином, однако симптомы интоксикации и рентгенологические изменения сохраняются.

***Диагноз и его обоснование?***

### **Задача №41.**

Пациентка 20 лет, студентка, жалуется на кашель со скудной мокротой, повышенную температуру тела до 37,3°C, утомляемость, слабость, раздражительность. Считает себя больной в течение 1,5-2 месяцев. Около года назад был контакт с пациентом, страдающим туберкулезом. Флюорография год назад – норма.

Объективно: пониженного питания, мышечный тургор снижен. Пальпируются шейные и подмышечные лимфоузлы с обеих сторон от 0,5 до 1,0 см. В легких – дыхание везикулярное. Сердце – тоны приглушены, тахикардия. В мокроте МБТ не обнаружены.

Гемограмма: СОЭ – 25 мм/час, л –  $6,4 \cdot 10^9$ /л.

Рентгенограмма органов грудной клетки: в шестом сегменте правого легкого определяется фокус затенения  $4 \times 4,5$  см неправильной формы, слабой интенсивности, гомогенный, с нечеткими контурами, связанный «дорожкой» с корнем правого легкого. Корень правого легкого расширен, контуры нечеткие. В течение 2-х недель лечилась антибиотиками широкого спектра в пульмонологическом отделении. При контрольном рентгенологическом исследовании – изменения в правом легком. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 20 мм с лимфангоитом.

***Поставьте диагноз и дайте его обоснование?***

### **Задача №42.**

Пациент 28 лет, работает каменщиком. Около 2 недель назад появились боли в левой половине грудной клетки, небольшой кашель, субфебрильная температура, что связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 38°C. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Частота дыхания – 30 в мин. Тахикардия – 100 уд. в мин. Перкуторно определяется укорочение звука ниже угла левой лопатки, при аускультации над левым легким в средне-нижних отделах дыхание не прослушивается.

Рентгенограмма: в 1-2 сегменте левого легкого определяется фокус затенения округлой формы 1,5 см в диаметре, средней интенсивности, гомогенного характера, с нечеткими контурами. В нижних отделах слева до купола диафрагмы определяется гомогенное затенение с верхним косым уровнем по ходу 4 ребра. Органы средостения смещены вправо.

Гемограмма: СОЭ – 44 мм/час, л –  $8,2 \cdot 10^9$ /л, эозин. – 2%, п-я нейтроф. – 5%, лимф. – 25%, с/я – 62%, мон. – 6%. МБТ в мокроте не обнаружены трижды бактериоскопически.

***Диагноз? Тактика ведения пациента?***

### **Задача №43.**

Пациентка 73 года, пенсионерка. Жалуется около года на одышку в покое, кашель с мокротой, понижение аппетита. Болеет туберкулезом легких в течение 3-х лет. Лечилась нерегулярно. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина, острый панкреатит. Контакт с пациентом, страдающим туберкулезом отрицает.

Объективно: состояние средней тяжести. Резко пониженного питания. Видимые слизистые цианотичны. Небольшая отечность голеней. Западение грудной клетки в правой надключичной и подключичной областях. Укорочение легочного звука над правой половиной грудной клетки, здесь же бронхиальное дыхание, разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца расширены вправо на 1 см. Тоны приглушены, аритмичные. Пульс 96 уд. в мин., аритмичный. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. Печень ниже края реберной дуги на 4 см, край плотный закругленный, болезненный. Температура тела 37,8°C. ЭКГ: тахикардия, ритм 120 в минуту, вертикальная ЭОС, единичные предсердножелудочковые экстрасистолы. Выраженные дистрофические изменения миокарда.

Гемограмма: СОЭ – 58 мм/час. Анализ мочи в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 10 мм. Обильное бактериовыделение в мокроте бактериоскопически и посевом. БК устойчивы к изониазиду, рифампицину, стрептомицину.

Рентгенограмма: справа в верхней доле легкого определяется большая полость (около 10 см в диаметре), грубый фиброз, очаги. В нижней доле полости размером 6 см и 3 см в диаметре, сливные полиморфные очаги, инфильтрация. Правое легкое уменьшено в объеме. Средостение смещено вправо. В левом легком эмфизема, пневмосклероз. Пациентка умерла.

***Диагноз? Причина смерти пациентки?***

### **Задача №44.**

Пациент 42 лет страдает хроническим бронхитом и хроническим алкоголизмом, ведет асоциальный образ жизни, несколько раз находился в заключении. Ухудшение самочувствия отмечает в течение последних 3-х месяцев. Беспокоит слабость, потливость, кашель с мокротой гнойного характера. За медицинской помощью не обращался, продолжал злоупотреблять алкоголем, похудел на 10 кг. В последние 10 дней резко ухудшилось общее состояние, с трудом ходит в туалет, беспокоит одышка, кашель с мокротой, температура тела 38,5°C – 40,5°C. Прием аспирина малоэффективен. Машиной скорой помощи доставлен в терапевтическое отделение.

Объективно: кахексия. Аускультативно в верхних отделах обоих легких определяются влажные разнокалиберные хрипы. ЧД – 30 в мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия.

Гемограмма: л –  $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$ , п-я нейтроф. – 20%, лимф. – 12%, СОЭ – 60 мм/час. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – отрицательная.

Рентгенограмма: в верхних долях обоих легких множественные фокусы инфильтрации, сливающиеся в большие конгломераты с кольцевидными просветлениями. В нижних зонах обоих легких множественные невысокой интенсивности очаговые тени сливного характера. В мокроте методом бактериоскопии обнаружены МБТ в большом количестве. Пациент срочно переведен в туберкулезную больницу.

***Поставьте диагноз?***

### **Задача №45.**

Пациент 23 лет поступил с жалобами на высокую температуру тела, ознобы, кашель с мокротой, потливость по ночам, общую слабость, похудание. 5 лет назад у него диагностирован диссеминированный туберкулез легких в фазе распада, БК+, три года назад произведена лобэктомия верхней доли правого легкого в связи с сохранением деструктивных изменений. Лечился нерегулярно, является инвалидом 2 группы по туберкулезу. Ухудшение состояния отмечает в течение последних двух месяцев. До заболевания имел контакт с бабушкой, страдающей туберкулезом. Злоупотребляет алкоголем.

Объективно: пониженного питания, румянец на щеках, кожные покровы бледные, температура тела  $39,2^\circ\text{C}$ . Над легкими перкуторно звук с коробочным оттенком. Аускультативно – сухие и влажные хрипы с обеих сторон, но больше справа. ЧД 30 в мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Печень +3 см.

Гемограмма: СОЭ – 25 мм/час, л –  $7,4 \cdot 10^9/\text{л}$ , п-я – 6%, лимф. – 17%, мон. – 9%. БК в мокроте 5-10 в 100 полях зрения бактериоскопически. Бактериологически рост более 100 колоний МБТ человеческого вида, устойчивых к стрептомицину и этамбутолу. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 6 мм.

Рентгенограмма: справа в верхних отделах легкого определяется гигантская фиброзная каверна, паратрахеально – тень танталового шва. В нижних отделах очаги обсеменения, эмфизема. Слева на всем протяжении множественные малоинтенсивные очаги местами сливного характера с полостью распада 3 см в диаметре во 2 сегменте. В нижних отделах повышение прозрачности легочной ткани. Сердце – увеличение правого предсердия, средостение смещено вправо.

***Диагноз? Клиническая категория? Схема лечения?***



### **Задача №46.**

Пациент 16 лет. При профилактической флюорографии выявлено расширение корня правого легкого. Просвет главного бронха не дифференцируется, контуры корня нечеткие, выпуклые.

Предположительный диагноз: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ).

***Составьте план обследования пациента? Какие данные и дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?***

### **Задача №47.**

Пациент 43 лет доставлен в приемный покой противотуберкулезного диспансера машиной скорой помощи. Госпитализирован.

Объективно: состояние пациента тяжелое. Температура тела 39,3°C. Кахексия. В легких выслушиваются сухие и влажные хрипы. Тахикардия – 110 уд. в мин.

Рентгенограмма: в обоих легких от верхушки до диафрагмы определяется массивная инфильтрация с множественными участками деструкции. Корни не дифференцируются.

Гемограмма: эр. –  $2,9 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 76 г/л, СОЭ – 50 мм/час, л –  $16,8 \cdot 10^9/л$ , п-я – 26%, лимф. – 18%. БК в мокроте обнаружены бактериоскопически в большом количестве.

***Диагноз? Клиническая категория? Схема лечения в интенсивную фазу?***

### **Задача №48.**

Ребенок в возрасте 4 лет направлен в детский кабинет облтубдиспансера в связи с выявлением положительной туберкулиновой пробы. Мать отмечает периодический кашель у ребенка. Ребенок в течение 1 года имел контакт с дядей, страдающим туберкулезом, проживающим в одной квартире. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие простуды.

Объективно: кожные покровы нормальной окраски, чистые, питание удовлетворительное. На левом плече имеется один поствакцинальный рубчик. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны внутренних органов при перкуссии и аускультации патологии не выявлено.

Гемограмма: СОЭ – 18 мм/час. Анализ мочи без особенностей. Анализ промывных вод желудка на БК методом бактериоскопии и посева отрицательные.

Рентгенограмма: справа определяется расширение средостения за счет корня легкого. Корень расширен, инфильтрирован с размытыми наружными контурами. Усилен легочный рисунок справа в области верхней доли. Сердце в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л: в возрасте 1 года – папула 6 мм, 2 лет – гиперемия, 3 лет – отрицательная, 4 года – 15 мм.

***Диагноз? Клиническая категория? Схема лечения в интенсивную фазу?***

#### **Задача №49.**

Пациент 26 лет. Имел контакт с пациентом, страдающим туберкулезом легких год назад. После переохлаждения появилась боль в правом боку, через 2 дня повысилась температура тела до 39°C, озноб, потливость. Боль в правой половине грудной клетки усиливалась при вдохе и наклоне в здоровую сторону. Лечился самостоятельно аспирином. Через 5 дней боль в боку уменьшилась, появилась одышка. При обследовании: пациент лежит на правом боку, одышка, пульс 120 уд.в мин. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Справа межреберные промежутки сглажены, пальпация болезненная. Перкуторно определяется тупой легочной звук справа по лопаточной, подмышечной, среднеключичной линиям. Справа голосовое дрожание не проводится. Дыхание справа не прослушивается. Границы сердца смещены влево.

Гемограмма: л –  $8,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , п-я нейтроф. – 16%, лимф. – 10%, СОЭ – 46 мм/час. В промывных водах бронхов МБТ не обнаружены. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 17 мм.

Рентгенограмма: в правой половине грудной клетки определяется обширное интенсивное гомогенное затенение с косой верхней границей на уровне 3 ребра.

***Поставьте диагноз и дайте его обоснование?***

#### **Задача №50.**

Мужчина 47 лет, инвалид 3 группы по зрению, не работает. Стоит на учете по поводу алкоголизма. 5 лет назад был установлен диагноз инфильтративный туберкулез 1,2 сегмента правого легкого в фазе распада, БК+. Лечился стационарно, санаторно, амбулаторно. Полость распада закрылась, прекратилось бактериовыделение. Регулярно обследовался в тубдиспансере. Принимал сезонные курсы химиотерапии. Обострений процесса не было, БК в последующие годы не определялись. В настоящее время состоит на учете в 3-А группе в течение последних трех лет.

Объективно: со стороны внутренних органов аускультативно и перкуторно патологии не выявлено. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 6 мм. Анализы крови и мочи без особенностей.

Рентгенограмма: в 1,2 сегментах правого легкого на фоне фиброза определяются единичные плотные средних размеров очаги округлой формы. Корни, сердце в пределах нормы.

***Тактика дальнейшего наблюдения? Необходимость проведения лечебно-профилактических мероприятий?***

### **Задача №51.**

Пациент 23 лет. Масса тела 70 кг. Контакт с матерью, страдающей туберкулезом легких в течение 1 года. При очередном обследовании в диспансере выявлены очаги средней интенсивности без четких контуров в 1 сегменте правого легкого. Симптомов интоксикации нет. Физикально по органам без изменений. В мокроте БК не обнаружены. Анализы крови и мочи в норме. После проведенного курса специфической антибактериальной терапии рентгенологическая картина без динамики.

***Поставьте диагноз? Определите клиническую категорию? Назначьте лечение в интенсивную фазу?***

### **Задача №52.**

Юноша 18 лет находился на лечении в терапевтическом стационаре по поводу левостороннего экссудативного плеврита. Противовоспалительное лечение в течение 3-х недель эффекта не оказало. Консультирован фтизиатром. Жалуется на высокую температуру тела, сухой кашель. Отмечает появление одышки. Заболевание связывает с переохлаждением. Контакт с пациентом, страдающим туберкулезом отрицает.

Объективно: на левом плече имеется один поствакцинальный рубчик. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Частота дыхания – 28 в мин. В нижних отделах над левым легким отмечается притупление звука при перкуссии от 4-го ребра по задней подмышечной линии. Аускультативно: дыхание в средне-нижних отделах слева не выслушивается. Тоны сердца приглушены, тахикардия.

Гемограмма: СОЭ – 41 мм/час, л –  $9,2 \cdot 10^9$ /л, эоз. – 4%, п-я – 9%, лимф. – 17%. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 15 мм с везикулой.

Рентгенограмма органов грудной клетки: слева в нижних отделах определяется гомогенное затенение с верхним косым уровнем по ходу 4 ребра. Средостение смещено вправо.

Произведена плевральная пункция, получено 1,2 л экссудата соломенно-желтого цвета. На рентгенограмме, произведенной после плевральной пункции, определяются плевральные наложения слева в нижних отделах.

***Диагноз и его обоснование? Группа диспансерного учета? Лечение в интенсивную фазу? В фазу продолжения?***

### **Задача №53.**

У пациентки 30 лет около 2-х месяцев назад появились потливость, небольшая слабость во второй половине дня, субфебрильная температура до 37,2°C – 37,3°C. В целом общее состояние оставалось удовлетворительным, больная продолжала работать на производстве, а в свободное время на дачном участке.

В связи с кариозным зубом обратилась за медицинской помощью к стоматологу. Как впервые обратившаяся в этом году в поликлинику, направлена на профилактическое рентгенообследование. На флюорограмме и обзорной рентгенограмме в 1, 2 сегментах правого легкого обнаружено несколько малой интенсивности очаговых теней с нечеткими контурами. В остальных отделах легких – без патологии. БК в мокроте не обнаружены. Анализ крови в норме. В легких везикулярное дыхание.

Назначенный терапевтом курс интенсивной противовоспалительной терапии в течение 2-х недель по поводу предполагаемой очаговой пневмонии эффекта не дал, изменения в легких сохраняются.

***Поставьте диагноз? Группа диспансерного учета?***

### **Задача №54.**

Девочка 5 лет, около года периодически отмечается субфебрильная температура тела во второй половине дня, плохой аппетит. Раздражительна, капризна, отмечается потливость по ночам, длительно покашливает. После вакцинации БЦЖ в роддоме сформировался нормальный рубчик, через год проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 5 мм, в последующие годы – отрицательная. Неделю назад у отца при обращении выявлена деструктивная форма туберкулеза, обнаружены в мокроте МБТ бактериоскопически.

При контрольной постановке пробы Манту у девочки – папула 18 мм. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в корне правого легкого определяется округлой формы фокус затенения 2×2 см гомогенной структуры с четкими контурами на фоне умеренной инфильтрации корня. Легочные поля с обеих сторон без патологических теней. МБТ в промывных водах желудка не обнаружены методом скопии и посева.

***Поставьте диагноз? Оцените состояние туберкулиновой чувствительности у ребенка?***

**Задача №55.**

Подросток 15 лет, учащийся СШ, доставлен в тяжелом состоянии в стационар облтубдиспансера. Отец болеет фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Родители категорически отказывались от назначаемой ребенку химиопрофилактики. Болел ветрянкой, простудными заболеваниями. Жалобы на высокую температуру тела до 39,8°C в течение последних двух недель, кашель с мокротой, общую слабость, озноб, потливость по ночам.

Объективно: кожные покровы бледные, пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. На левом плече один пост-вакцинальный рубчик. Частота дыхания - 30 в мин. Над легкими перкуторно легочной звук с коробочным оттенком, справа в верхних отделах укорочение звука. Аускультативно: справа, больше в верхних отделах, разнокалиберные влажные хрипы, сухие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, тахикардия 104 уд.в мин.

Гемограмма: СОЭ – 48 мм/час, л –  $13,2 \cdot 10^9$ /л, эоз. – 3%, п-я – 14%, с/я – 56%, лимф. – 17%, мон. – 10%. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – отрицательная. Анализ мочи: эритроциты свежие 2-3 в поле зрения, следы белка. Биохимический анализ крови: гаптоглобин – 2,8 г/л.

Анализ мокроты: бактериоскопически обнаружены МБТ 6-8 в 100 полях зрения. Бактериологически получен рост МБТ человеческого вида более 100 колоний. Культура МБТ устойчива к стрептомицину.

Обзорная и правая боковая рентгенограммы: определяется массивное негетерогенное затемнение верхней доли правого легкого с четкой нижней границей по междолевой щели на уровне 4-го ребра. В нижних отделах правого легкого и по всем полям левого легкого определяются множественные очаги и фокусы бронхогенной диссеминации слабой и средней интенсивности. Томограмма легких 6; 7,5; 9 см: в верхней доле правого легкого определяются две полости распада размером 2х1,5 см, в нижних отделах правого легкого и по всем полям левого – множественные очаговые тени.

***Диагноз? Группа диспансерного учета? Клиническая категория? Схема лечения в интенсивную фазу?***

**Задача №56.**

Пациентка 25 лет, работает монтажницей. Отмечает першение в горле, снижение массы тела в последние месяцы. Изменения в легких выявлены при профилактическом осмотре. Предыдущая флюорография органов грудной клетки год назад - норма. Контакт с пациентом, стра-

дающим туберкулезом отрицает. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, ангины. Вредных привычек нет.

Объективно: несколько пониженного питания, кожные покровы чистые, периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких справа в верхних отделах укорочение легочного звука, здесь же единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Температура тела в норме.

Гемограмма: СОЭ – 32 мм/час. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 13 мм. При бактериоскопии мокроты обнаружены БК 1-5 в 100 полях зрения. Бактериологически - рост 10 колоний МБТ, чувствительность к химиопрепаратам сохранена.

Рентгенограмма: в 1,2 сегментах правого легкого на фоне усиленного легочного рисунка определяются множественные малоинтенсивные очаги 0,5-0,8-1,0 см в диаметре, местами сливающиеся в более крупные очаги инфильтрации до 1,5 см с мелкими участками просветления. В левом легком патологических образований не выявлено.

***Диагноз? Клиническая категория? Лечение в фазу продолжения?***

#### **Задача №57.**

Пациент 68 лет заболел остро. Появилась температура до 39-40,5°C, ночные поты, слабость, небольшой сухой кашель. В анамнезе бронхит, дизентерия, гастрит. Лечение амбулаторно различными антибиотиками в течение 10 дней без эффекта.

Объективно: акроцианоз, кожа влажная. Одышка, тахикардия. В легких – легочной звук с тимпаническим оттенком, дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный.

Гемограмма: л –  $8,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , п-я – 8%, лимф. – 20%, СОЭ – 45 мм/час. Анализ мочи без патологических изменений. В мокроте МБТ не обнаружены. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – отрицательная.

Рентгенограмма: по всем легочным полям множественные однотипные, очень мелкие очаговые тени малой интенсивности без четких контуров, расположенные симметрично. В правом корне кальцинат.

***Поставьте диагноз? Группа диспансерного учета?***

#### **Задача №58.**

Пациент 45 лет. При очередной профилактической флюорографии выявлены патологические изменения в легких. Контакт с пациентом, страдающим туберкулезом не установлен. В прошлом перенес правостороннюю пневмонию.

Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. При объективном обследовании патологии со стороны внутренних органов не вы-

явлено. Анализы крови, мочи в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 12 мм. В мокроте МБТ микроскопически не обнаружены.

Рентгенограмма: в 1-2 сегменте левого легкого определяются мелкие очаговые тени без четких контуров, преимущественно слабой интенсивности. В подключичной зоне левого легкого легочный рисунок усилен. Проведенный 10-ти дневной курс противовоспалительной терапии антибиотиками широкого спектра действия оказался неэффективным.

***Диагноз и его обоснование?***

### **Задача №59.**

Пациент 32 лет не работает, 5 месяцев назад освобожден из заключения. Злоупотребляет алкоголем. Имел контакт с пациентами открытой формой туберкулеза. Поступил в стационар в тяжелом состоянии.

Жалуется на высокую температуру тела (39,5°C-40°C), резкую слабость, потливость, отсутствие аппетита, кашель с мокротой, одышку. При обследовании: кахексия, обилие сухих и влажных хрипов в обоих легких, тахикардия.

Гемограмма: СОЭ – 68 мм/ч, л –  $13,0 \cdot 10^9$ /л, п-я – 20%, лимф.- 11%. В мокроте микроскопически обнаружены КУБ (до 50-60 в 100 полях зрения).

Рентгенограмма: в обоих легких множественные очаговые и инфильтративные тени сливного характера средней интенсивности с наличием множественных полостей распада в правом легком.

***Поставьте диагноз? Определение массивности бактериовыделения?***

### **Задача №60.**

У пациента 34 лет диагностирован туберкулезный менингит.

Объективно: состояние тяжелое, сознание сумеречное. Выражен менингеальный синдром. Определяются поражения черепно-мозговых нервов, нарушено глотание.

***Укажите лечебные мероприятия? Способы введения противотуберкулезных препаратов?***

### **Задача №61.**

Пациентка 25 лет, медсестра противотуберкулезного диспансера. Заболела остро. Повысилась температура тела до 39°C, появились слабость, ночные поты, кашель с небольшим количеством мокроты, боль в

правой половине грудной клетки, одышка. С диагнозом правосторонней пневмонии в течение 15 дней лечилась пенициллином, эритромицином. Температура снизилась до субфебрильной, но рентгенологической динамики не отмечено.

Гемограмма: л –  $10,1 \cdot 10^9/\text{л}$ , п-я – 13%, лимф.- 13%, СОЭ – 28 мм/час. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 15 мм. В мокроте обнаружены МБТ и эластические волокна.

Рентгенограмма: в правом легком от верхушки до 4 ребра негетогенное затемнение с участками просветлений, подчеркнута междолевая плевра. В прикорневой зоне левого легкого очаги малой интенсивности разной величины. В правом корне кальцинат.

***Поставьте диагноз? К какой клинической категории относится пациентка для выбора лечебной тактики по стратегии DOTS?***

### **Задача №62.**

У пациентки 66 лет пять лет назад был обнаружен туберкулез легких при профилактической флюорографии. Затем она выехала в другой город, врачом не наблюдалась. Периодически отмечала ухудшение состояния, усиливался кашель в весенне-осеннее время. Лечилась домашними средствами. В связи с резким ухудшением общего состояния и появлением кровохарканья госпитализирована.

Жалуется на сильный кашель, нерезкую боль в грудной клетке справа, одышку, слабость, повышенную температуру тела до  $38^{\circ}\text{C}$ , похудание. Объективно: пациентка пониженного питания, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки справа сужены. Перкуторно от верхушки до 2 ребра справа укорочение легочного звука, ниже – с коробочным оттенком. В этом же месте дыхание жесткое, в межлопаточной области сухие и влажные хрипы. Частота дыхания – 22 в мин. Со стороны сердца – сердечные тоны глухие, акцент 2 тона на аорте, тахикардия. Пульс 100 уд. в мин.

Гемограмма: СОЭ – 48 мм/час, л –  $9,1 \cdot 10^9/\text{л}$ , п-я нейтроф. – 13%, лимф. – 16%. Анализ мочи в норме. В мокроте микроскопически обнаружены МБТ 10-15 в 100 полях зрения. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 5 мм.

Рентгенограмма: правое легкое уменьшено в объеме, верхняя доля интенсивно затемнена, горизонтальная междолевая щель подтянута до 2 ребра. В проекции верхней доли определяется кольцевидное образование  $5 \times 3,5$  см. Органы средостения смещены вправо. В левом легком между 3 и 5 ребрами в прикорневой зоне определяются очаги слабой интенсивности с нечеткими контурами.

***Диагноз и его обоснование?***



### **Задача №63.**

Пациентка 20 лет, вес 60 кг, рабочая. При очередной флюорографии впервые обнаружены патологические изменения в легких. Контакт с пациентами, страдающими туберкулезом не установлен.

При обследовании симптомов интоксикации не выявлено. Физикально по органам без особенностей. Анализы крови, мочи в норме. В мокроте обнаружены БК однократно бактериоскопически. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 19 мм.

Рентгенограмма: во 2 сегменте правого легкого определяется невысокой интенсивности круглый фокус размером 2,5 см в диаметре с небольшим просветлением в центре и единичными мягкими очагами вокруг. В корне правого легкого мелкие петрификаты.

***Диагноз? Клиническая категория? Схема лечения в интенсивную фазу?***

### **Задача №64.**

Женщина 58 лет. В детстве имела контакт с отцом, страдающим туберкулезом. В 30 лет лечилась по поводу инфильтративного туберкулеза легких. В последующие годы обострений туберкулеза не отмечалось. Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное.

Объективно: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно определяется небольшое укорочение звука над остью лопатки справа, аускультативно в этой зоне жестковатое дыхание. Анализы крови, мочи без изменений. В мокроте МБТ не обнаружены. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 7 мм.

Рентгенограмма: в 1,2 сегментах правого легкого на фоне ограниченного пневмофиброза группа очаговых теней высокой интенсивности с четкими контурами. Верхушка правого легкого уменьшена в размере, трахея смещена вправо. Корень правого легкого подтянут кверху, в корне мелкий петрифицированный лимфоузел. Во втором межреберье левого легкого единичные очаги высокой интенсивности с четкими контурами.

***Нуждается ли пациентка в наблюдении в тубдиспансере?***

### **Задача №65.**

У пациента 33 лет при профилактическом рентгенообследовании для получения прав на вождение автомобиля в 1-2 сегменте левого легкого обнаружен небольшой фокус инфильтрации легочной ткани до 2

см в диаметре невысокой интенсивности с нечеткими контурами и небольшим просветлением в центре. В остальных отделах легких патологических изменений не выявлено.

Жалоб пациент не предъявляет, температура тела нормальная. В легких дыхание везикулярное.

Гемограмма нормальная. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 15 мм. Бактериоскопически трижды БК в промывных водах бронхов не обнаружены. Через 4 недели в одном из анализов получен рост 5 колоний МБТ человеческого вида.

***Поставьте диагноз? Группа диспансерного учета?***

### **Задача №66.**

Пациент 23 лет, студент, вес 70 кг. Контакт с матерью, страдающей туберкулезом в течение 1 года. У пациента при очередном обследовании рентгенологически выявлены очаги средней интенсивности без четких контуров в 1 сегменте правого легкого.

Объективно: симптомов интоксикации нет. Физикально по органам без изменений. В мокроте БК не обнаружены. Анализы крови, мочи в норме.

***Диагноз? Схема химиотерапии?***

### **Задача №67.**

Пациентка 42 лет флюорографически не обследовалась более двух лет. При обращении к окулисту в связи со снижением остроты зрения выполнено профилактическое флюорографическое обследование органов грудной клетки, при котором заподозрена патология в верхней доле правого легкого.

На дополнительно выполненной обзорной рентгенограмме слева в 1-2 сегментах определяется небольшое тонкостенное кольцевидное образование размером 2 см в диаметре без выраженных инфильтративных и фиброзных изменений вокруг, с парной дорожкой к корню. Очаговых и инфильтративных изменений в других отделах легких не определяется. Легочные поля и средостение без особенностей. Общее состояние пациентки удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Физикальные данные без особенностей.

Гемограмма без отклонений от нормы. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 10 мм. Бактериоскопически БК в промывных водах бронхов не обнаружены, однако методом посева через 4 недели в одном из анализов получен рост 20 колоний МБТ.

***Поставьте диагноз?***

### **Задача №68.**

Пациентка 68 лет более 10 лет страдает сахарным диабетом. Последние 1,5 месяца беспокоит общая слабость, субфебрильная температура тела, 3 дня назад температура повысилась до 38,0°C – 38,7°C, появился кашель со скудным количеством мокроты. Обратилась к участковому терапевту.

Объективно: в проекции верхней доли правого легкого незначительное укорочение перкуторного звука, аускультативно хрипы в легких не выслушиваются. Рентгенограмма: вся верхняя доля правого легкого затенена неомогенной структуры с просветлениями. Междолевая плевра уплотнена на уровне 4 ребра. В остальных отделах обоих легких без патологических теней. Корни легких, форма и площадь легочных полей без особенностей.

Гемограмма: СОЭ – 55 мм/час, л –  $11,7 \cdot 10^9$ /л. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 9 мм. Бактериоскопически БК в мокроте трижды не обнаружены. Трех недельный курс терапии антибиотиками неспецифического характера без клинико-рентгенологического исследования. Через 4 недели получен рост более 100 колоний МБТ.

***Поставьте диагноз?***

### **Задача №69.**

Пациент 55 лет. Жалобы на общую слабость, похудание, сухой кашель, одышку при ходьбе. Неудовлетворительное состояние около года, но за врачебной помощью не обращался. В анамнезе аппендэктомия. Курит 40 лет. Контакт с пациентами, страдающими туберкулезом не установлен.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких в верхних отделах с обеих сторон укорочение легочного звука, здесь же дыхание с бронхиальным оттенком, единичные рассеянные сухие хрипы. Частота дыхания 20 в минуту.

Гемограмма: СОЭ – 52 мм/час, л –  $8,5 \cdot 10^9$ /л. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – отрицательная. Бактериоскопически в мокроте обнаружены БК 2-3 в 100 полях зрения. Бактериологически получен рост более 100 колоний МБТ, чувствительность ко всем ПТП сохранена.

Рентгенограмма: на всем протяжении обоих легких определяются множественные разновеликие очаги слабой интенсивности местами сливного характера на фоне усиленного рисунка. Справа в верхней доле определяется тонкостенная полость размером около 2,5-3 см, слева – мелкие полости распада.

***Диагноз? Стандартная схема химиотерапии? Клиническая категория? Группа диспансерного учета?***

**Задача № 70.**

У пациента 32 лет двусторонний туберкулезный процесс с бактериовыделением обнаружен 4 года назад при нахождении в заключении. Лечился нерегулярно, абацилировался кратковременно, полости распада в обоих легких не закрылись. После освобождения из заключения вел асоциальный образ жизни, на стационарном лечении долго не задерживался, выписывался за нарушения больничного режима. Пациент отмечал общую слабость, постоянный кашель с умеренным количеством мокроты, усиление одышки при физической нагрузке.

В связи с появлением кровохарканья явился в диспансер для контрольного обследования.

Рентгенограмма: в верхних долях обоих легких на фоне выраженного фиброза определяются множественные очаговые тени различной плотности, а также фокусы инфильтрации и кольцевидные тени с плотными фиброзными стенками. Корни обоих легких подтянуты кверху. В нижних отделах легочные поля повышенной прозрачности за счет развившейся эмфиземы.

Гемограмма: СОЭ – 32 мм/час, л –  $7,8 \cdot 10^9$ /л. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 7 мм. Бактериоскопически в мокроте обнаружены БК. По данным спирографии показатели внешнего дыхания соответствуют дыхательной недостаточности 2 степени.

***Поставьте диагноз? Группа диспансерного учета?***

**Задача №71.**

Пациентка 60 лет состоит на учете по поводу туберкулеза легких 10 лет. Многократно лечилась в стационаре, амбулаторно. В настоящее время жалуется на одышку при небольшой физической нагрузке, постоянный кашель с мокротой, сердцебиение, общую слабость, периодически отмечает субфебрильную температуру тела.

При осмотре правая половина грудной клетки уменьшена в объеме, сужены межреберные промежутки справа, при дыхании отставание правой половины грудной клетки. Перкуторно над верхней долей справа притупление легочного звука в подлопаточной области справа и слева коробочный звук. Аускультативно дыхание ослабленное, единичные сухие хрипы в межлопаточной области. ЧД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. ЧСС – 88 в мин.. Печень не увеличена. Отеков нет.

Клинически у пациентки проявления дыхательной недостаточности 2 степени. Рентгенологически отмечается значительное уменьшение

в размерах верхней доли правого легкого за счет грубого разрастания фиброзной ткани с включением плотных очагов и кальцинатов. Трахея и средостение в верхнем отделе резко смещены в сторону поражения. Нижние отделы легких повышенной прозрачности. Правая граница сердца расширена.

Гемограмма: СОЭ – 12 мм/час, л –  $7,4 \cdot 10^9$ /л. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 15 мм. В анализе мокроты методом посева дважды получен рост МБТ 5 и 10 колоний. Чувствительность к противотуберкулезным средствам сохранена.

***Поставьте диагноз? Группа диспансерного учета?***

### **Задача №72.**

Мужчина 66 лет, пенсионер. При флюорографическом обследовании в поликлинике по месту жительства выявлены патологические изменения в верхней доле правого легкого. Направлен на дообследование в облтубдиспансер. Флюорографически не обследовался около 5 лет. Жалоб не предъявляет. В прошлом дважды болел пневмонией. Страдает хроническим бронхитом. Курит, алкоголь употребляет изредка.

Объективно: нормального питания. Грудная клетка обычной формы. Перкуторно над легкими легочной звук с коробчатым оттенком. Аускультативно в легких ослабленное везикулярное дыхание, сухие рассеянные хрипы. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, 86 уд. в мин. АД 140/90 мм рт.ст. Анализы крови и мочи без особенностей. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 6 мм. БК в мокроте не обнаружены бактериоскопически трижды.

Рентгенограмма: в легких определяются явления диффузного пневмосклероза. Справа в верхней доле ячеистого характера тяжистость и различной величины единичные плотные очаговые тени в 1,2 сегментах. Корни дифференцируются. Сердце в норме. В течение двух месяцев проведена пробная химиотерапия 3-мя противотуберкулезными препаратами. Рентгенологической динамики процесса в легких не получено. Результаты трехкратного исследования мокроты на МБТ методом посева отрицательные.

***Диагноз? Врачебная тактика?***

### **Задача №73.**

Пациентка 45 лет в прошлом (15 лет назад) болела очаговым туберкулезом легких, по поводу которого лечилась в стационаре, санатории и амбулаторно. Через несколько лет по выздоровлению продолжала наблюдаться у терапевта по месту жительства как рентгеноположитель-

ная. При ежегодном рентгенобследовании слева в подключичной области определялась небольшая группа мелких интенсивных очагов с четкими контурами.

В настоящее время около месяца назад после переохлаждения постепенно ухудшилось общее состояние, повысилась температура тела, вначале до субфебрильных цифр, а затем до  $38^{\circ}\text{C}$  –  $39^{\circ}\text{C}$ . Несмотря на самостоятельный прием около недели ампициллина в таблетках, усилилась общая слабость, потливость по ночам. При обращении к терапевту отмечено укорочение перкуторного звука над левым куполом диафрагмы до уровня 5-6 ребра по заднеподмышечной и лопаточной линиям. Аускультативно в этой же зоне дыхание ослаблено, в остальных отделах – без особенностей.

Гемограмма: СОЭ- 42 мм/час, л –  $8,4 \cdot 10^9/\text{л}$ . На рентгенограмме в 1-2 сегменте левого легкого на фоне старых очагов определяется округлый фокус инфильтрации размером до 3,5 см в диаметре невысокой интенсивности с нечеткими контурами. Над левым куполом диафрагмы отмечается затенение до 5-6 ребра, синус не определяется. При дополнительной рентгеноскопии – оба купола диафрагмы подвижны. При лагероскопии – левый синус освобождается за счет перемещения свободной жидкости в плевральной полости. БК скопически в мокроте не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 16 мм.

***Поставьте диагноз? Клиническая категория? Режим химиотерапии?***

#### **Задача №74.**

Девушка 18 лет обратилась за медицинской помощью по поводу субфебрильной температуры тела в течение последних двух недель, кашля, потливости по ночам. Имеет контакт с пациентом-бактериовыделителем (отец страдает фиброзно-кавернозным туберкулезом легких). Полтора года назад у девушки был диагностирован вираж туберкулиновой пробы, была назначена химиопрофилактика, однако препараты принимала не регулярно, не более месяца.

Объективно: температура тела  $37,4^{\circ}\text{C}$ . Число дыханий 24 в мин. Аускультативно в легких с обеих сторон сухие рассеянные хрипы, влажные единичные хрипы слева в межлопаточной области.

Рентгенограмма и томограмма: в обоих легких, но больше в левом по всем полям определяются многочисленные очаговые тени слабой и средней интенсивности, местами сливного характера. В 1-2 сегменте левого легкого определяется тонкостенная полость 3 см в диаметре.

Гемограмма: СОЭ – 36 мм/час, л –  $9,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , п-я – 9%, лимф. – 20%, мон. – 10%, с-я – 61%. МБТ в мокроте обнаружены бактериоскопически. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 10 мм.

**Диагноз? Схема химиотерапии? Клиническая категория?**  
**Задача №75.**

Пациентку 27 лет в течение 1,5 месяцев беспокоит небольшая слабость и потливость. Последние две недели иногда отмечается субфебрильная температура тела до 37,1°C – 37,3°C. Небольшой кашель связывала с курением. Лечилась домашними средствами, продолжала работать. В дальнейшем решила обследоваться в женской консультации в связи с эрозией шейки матки. Из женской консультации направлена на профилактическое рентгенообследование органов грудной клетки, так как не проходила его более года.

На флюорограмме и обзорной рентгенограмме: в 1-2 сегменте левого легкого обнаружена группа малоинтенсивных очаговых теней с нечеткими контурами.

2-х недельная противовоспалительная терапия – без клинкорентгенологического эффекта. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 10 мм. Бактериоскопически БК в промывных водах бронхов не обнаружены.

***Поставьте диагноз? К какой клинической категории относится пациентка для выбора лечебной тактики по стратегии DOTS?***

**Задача №76.**

Пациент 36 лет, не работает. Жалуется на выраженную общую слабость, ночные поты, кашель с мокротой. Считает себя больным около 2-х месяцев, заболевание развивалось постепенно. Предыдущая флюорография 3 года назад. Проживает с женой и двумя детьми 8 и 12-ти лет. Квартира без удобств. Контакт с пациентами, страдающими туберкулезом отрицает. Перенесенных заболеваний не отмечает. Вредных привычек нет.

Объективно: состояние пациента тяжелое, температура тела 38,8°C. Пониженного питания, кожные покровы чистые, периферические лимфоузлы не пальпируются. Укорочение перкуторного тона справа в подключичной, над- и межлопаточной областях, здесь же выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы.

Гемограмма: СОЭ – 48 мм/час. В биохимическом анализе крови резкое повышение гаптоглобина и серомукоида. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 13 мм. Бактериоскопически в мокроте обнаружены МБТ 10-15 в 100 полях зрения, а бактериологически - рост более 100 колоний МБТ, чувствительность к препаратам сохранена.

Рентгенограмма: на всем протяжении верхней доли правого легкого крупные сливные фокусы инфильтрации неоднородного характера, подчеркнута междолевая плевра. В нижних отделах правого легкого и

по всем полям левого легкого определяются очаги бронхогенной диссеминации.

***Диагноз? Категория эпидемиологической опасности очага туберкулезной инфекции?***

#### **Задача №77.**

Пациент 37 лет прошел профилактическую флюорографию органов грудной клетки в поликлинике в связи с трудоустройством. До этого 5 лет на постоянном производстве не работал, занимался мелким бизнесом, часто злоупотреблял алкоголем, за медицинской помощью не обращался, рентгенологически не обследовался. Флюорографически выявлены изменения в легких, дообследован.

Рентгенограмма: в 1,2 сегментах правого легкого выявлены полиморфные очаговые тени различной величины и различной плотности, некоторые из них частично обызвествленные. Анализы крови и мочи в норме. Температура тела нормальная. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 14 мм. МБТ в мокроте бактериоскопически трижды не обнаружены. Через 4 недели однократно получен рост 10 колоний МБТ человеческого вида, чувствительность к противотуберкулезным лекарственным средствам сохранена.

***Поставьте диагноз? Клиническая категория? Выбор лечебной тактики?***

#### **Задача №78.**

Девочка 11 лет направлена в детский кабинет облтубдиспансера в связи с положительной туберкулиновой пробой.

Жалоб не предъявляет. Кожные покровы чистые. Нормального питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. На левом плече имеется два поствакцинальных знака (вакцинирована в роддоме и в 7 лет). Со стороны внутренних органов без особенностей. Анализы крови, мочи в норме. Из перенесенных заболеваний отмечает изредка простудные. Контакт с пациентом, страдающим туберкулезом не установлен. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л: в возрасте 1 года – папула 11 мм, 2 года – папула 5 мм, 3-7 лет – гиперемия, 8 лет – гиперемия 6 мм, 9-10 – отрицательная, 11 лет – папула 10 мм. Диаскинтест 8 мм папула. На рентгенограмме легких патологии не выявлено.

***Диагноз? Группа диспансерного учета? Врачебная тактика?***

#### **Задача №79.**

Юноша 18 лет считает себя больным около 2-х месяцев, когда появились кашель, незначительная боль в правой половине грудной



клетки. Периодически отмечалась субфебрильная температура тела, снизился аппетит, появились слабость, быстрая утомляемость. Указанные жалобы постепенно нарастали. Внезапно повысилась температура тела до 39°C, усилился кашель.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы чистые, бледные, пальпируются шейные и подмышечные лимфоузлы до 0,5 см плотные, безболезненные. В легких ниже угла лопатки справа и по аксиллярной линии укорочение перкуторного звука. Дыхание в месте укорочения ослабленное.

Гемограмма: СОЭ- 32 мм/час, л –  $11,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , п-я – 13%, лимф. – 16%. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – папула 21 мм.

Рентгенограмма: правый корень легкого расширен, просвет главного бронха не определяется. В правом корне крупный бронхопультмональный лимфатический узел 2,5×3 см в диаметре с четкими наружными контурами, средней интенсивности. В мокроте обнаружены методом посева МБТ (рост через 4 недели). Чувствительность к противотуберкулезным средствам сохранена.

***Поставьте диагноз?***

### **Задача 80.**

Ребенок 10 лет, учащийся СШ, направлен в детский кабинет областного тубдиспансера в связи с выявлением виража туберкулиновой пробы. Жалуется на плохой сон, боли в коленях и голеностопных суставах. Увеличены шейные, подчелюстные лимфатические узлы. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Рентгенограмма органов грудной клетки – норма. Анализы периферической крови в норме. Вакцинирован в роддоме и в 7 лет (имеется 2 поствакцинальных рубчика на левом плече). Проба Манту: в возрасте 1 год – папула 11 мм, 2 лет – папула 8 мм, 3 лет – папула 5 мм, 4-7 лет – отрицательная, 8 лет – папула 10 мм, 9 лет – папула 7 мм, 10 лет – папула 15 мм с везикулой. Температура 37,8°C.

***Врачебная тактика? Диагноз? ГДУ?***

### **Задача 81.**

Женщина 23 лет заболела 2,5 месяца назад, когда находилась с ребенком в возрасте 4 месяцев в детской больнице, считала, что заболевание вызвано переохлаждением. Жалуется на кашель с мокротой, высокую температуру, слабость. Переведена в связи с заболеванием в пульмонологическое отделение городской больницы, где проводилось противовоспалительное лечение. Рентгенологически определяется инфильтративные изменения с деструкцией в верхней доле правого легкого.

го, подтянута междолевая плевра, в нижележащих отделах правого легкого и в верхней доле левого легкого очаги бронхогенных отсеков.

В анализе крови: л. –  $12,01 \times 10^9/\text{л}$ ; п/я – 10%; лимф. – 2%; мон. – 10%; с-я – 18% СОЭ – 36 мм/час. При исследовании мокроты выявлены БК скопически. Общее состояние тяжелое. Температура  $39,8^\circ\text{C}$ . Консультирована фтизиатром. Переведена в противотуберкулезный стационар.

*Диагноз? Лечение? Тактика в отношении ребенка? (Ребенок вакцинирован в роддоме).*

### **Задача 82.**

Женщина, 23 лет, после родов, 2 месяца назад переохладилась. 2 недели назад появилась высокая температура, кашель с мокротой, слабость, потливость. Рентгенологически обнаружены изменения в верхней доле правого легкого. Госпитализирована в пульмонологическое отделение, где проводится противовоспалительное лечение в течение 3-х недель, однако эффект не наблюдается. По-прежнему температура тела  $38,8^\circ\text{C}$ , рентгенологически в верхней доле правого легкого инфильтрат до 4 ребра, подчеркнута междолевая плевра, определяется деструкция, бронхогенные отсеки. Произведено исследование мокроты – обнаружены МБТ скопически. Переведена в противотуберкулезный стационар.

*Ваш диагноз? Клиническая категория? Лечение?*

### **Задача 83.**

Пациент, 18 лет из контакта (имел контакт с матерью, страдающей лекарственно-устойчивой формой туберкулеза легких). Выявлен при флюорографическом обследовании.

Рентгенологически справа инфильтративная тень с деструкцией, занимающая всю долю, в нижних отделах бронхогенные очаги. Общее состояние удовлетворительное. БК в мокроте обнаружены при бактериоскопии. Анализ крови: л. –  $9,3 \times 10^9/\text{л}$ ; п/я – 12%; СОЭ – 56 мм/час; температура тела в норме.

*Ваш диагноз? Тактика ведения пациента?*

### **Задача 84.**

У пациента экссудативным плевритом проведены следующие лечебно-диагностические мероприятия: рентгенообследование, пункция плевральной полости с изучением экссудата, повторная рентгенограмма, дренаж плевральной полости.

*Что не показано при экссудативном плеврите?*

### **Задача 85.**

Пациент 47 лет обратился в поликлинику с жалобами на кашель и выделение мокроты с прожилками крови, повышение температуры тела до 37,6°C.

Объективно: нормального питания. В легких справа в межлопаточной области выслушиваются единичные влажные хрипы, рассеянные сухие хрипы над всеми отделами с обеих сторон. В мокроте выявлены МБТ скопически. Gene Expert- МБТ, чувствительность к рифампицину сохранена. Анализ крови без особенностей.

На обзорной рентгенограмме определяется справа в верхних отделах неомогенная тень с четким нижним краем по ходу междолевой щели. В нижних отделах правого легкого очаговые тени слабой и средней интенсивности местами сливного характера. На ТМГ правого легкого на 8 см определяется тень с четкой нижней границей и деструкцией 5 см в диаметре, в нижних отделах очаговые тени.

***Диагноз? Врачебная тактика?***

### **Задача 86.**

Пациент, 51 года, рабочий. Инфильтративный туберкулез С1-2 левого легкого в фазе распада, БК+, чувствительность сохранена, выявлен 10 месяцев назад. Лечился стационарно, затем амбулаторно. Закончил основной курс полихимиотерапии. Абацилирован через 2 месяца лечения (посев, бактериоскопия). Полость распада не определяется. Рентгеноскопически слева в 1-2 С. определяется бронхогенный фиброз, единичные плотные очаги.

***Дальнейшая тактика ведения?***

### **Задача 87.**

У пациента инфильтративным туберкулезом С2 правого легкого в фазе распада, БК+ после проведения I этапа химиотерапии в течение 3 месяцев продолжается бактериовыделение, сохраняется полость распада.

***Ваша дальнейшая тактика?***

### **Задача 88.**

У пациента с диссеминированным туберкулезом легких в фазе инфильтрации и распада, БК+. После приступа кашля появились резкие боли в правой половине грудной клетки.

Объективно: над правым легким перкуторно тимпанит, аускультативно дыхание не прослушивается. Тоны сердца приглушены, тахикардия.

***Врачебная тактика?***

### **Задача 89.**

Пациент 26 лет жалуется на боли в правой половине грудной клетки, кашель, повышенную температуру тела, из контакта.

Объективно: дыхание справа ниже лопатки не прослушивается, здесь же притупление перкуторного звука.

Рентгенограмма справа в нижних отделах полостное затенение с верхним косым уровнем по ходу 4 ребра. Проба Манту – 16 мм.

***Ваш диагноз? Тактика ведения? Лечение?***

### **Задача 90.**

Ребенок 12 лет. Жалуется на частые простудные заболевания, постоянное покашливание, периодический субфебрилитет.

Объективно: определяется увеличение шейных, подмышечных лимфоузлов. На голених проявление узловой эритемы.

На обзорной рентгенограмме определяется расширение правого корня. Проба Манту: в 1 год – 10 мм папула; 2-7 лет – отрицательная; 8 лет – папула 10 мм; 9-11 лет – отрицательная; 12 лет – 18 мм.

***Ваш и диагноз и его обоснование?***

### **Задача 91.**

Пациент 56 лет. Болеет туберкулезом около 10 лет, неоднократно лечился стационарно. Нередко нарушал больничный режим, злоупотребляет алкоголем.

Рентгенограмма: правое легкое уменьшено в размерах, смещение средостения вправо. В верхней доле правого легкого определяется толстенная полость 7х8 см. В нижних отделах правого легкого и в левом легком на всем протяжении очаги отсева. БК+ в мокроте бактериоскопически.

***Ваш диагноз?***

### **Задача 92.**

Пациент Л., 15 лет. Предъявляет жалобы на головную боль, повышенную утомляемость, снижение аппетита, повышенную потливость.

An. vitae: из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ и детские инфекции, вакцинирован BCG в роддоме. Отмечает тубконтакт с дядей, у которого 2 месяца назад выявлен диссеминированный туберкулез.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 162см, вес – 44кг. На левом плече рубчик BCG 10мм. Пальпируются 5 групп периферических лимфоузлов – мягко-эластические, безболезненные, подвижные. Перкуторно определяется небольшое притупление перкуторного звука в средних отделах передней грудной клетки справа. Аускультативно – в этих же отделах ослабление дыхания. В посевах мокроты БК не обнаружено. При обследовании пациента Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 17 мм.

Общий анализ крови – незначительное увеличение СОЭ.

Рентгенография: в С<sub>6</sub> справа определяется фокус затенения 2,5х3см однородной структуры с нечеткими контурами, корень легкого справа расширен, неструктурный, наружный контур выпуклый.

***Диагноз? Характер туберкулиновой чувствительности?***

#### **Задача 93.**

При постановке пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л у ребенка 7 лет выявлена папула диаметром 18 мм. Предыдущая проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л (год тому назад) реакция на туберкулин – папула 10 мм.

***Оцените результат туберкулиновой пробы? Укажите тактику врача по отношению к ребенку?***

#### **Задача 94.**

Два новорожденных не вакцинированы БЦЖ в роддоме в связи с наличием противопоказаний. У первого - недоношенность, у второго - ВИЧ-инфекция.

***Укажите возможность вакцинации и сроки? Какая вакцина может быть использована?***

#### **Задача 95.**

Подросток 14 лет заболел остро, повысилась температура до 38,5 С. Отмечает недомогание, слабость, кашель с незначительной мокротой, боли в правом боку. При обследовании пальпируются шейные, надключичные, подключичные, подмышечные лимфатические узлы размерами от 0,8 до 1,0 см плотно-эластические, безболезненные. Справа по задней подмышечной линии ниже угла лопатки определяется тупой перкуторный звук, на этом участке легких дыхание не прослушивается. Реакция

Манту с 2 ТЕ ППД-Л папула 14 мм. Год назад – папула 8 мм. Ревакцинация БЦЖ в 7 лет.

При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки справа определяется распространенное затенение гомогенной структуры, средней интенсивности от VI ребра до диафрагмы с косой верхневнутренней границей. Корень правого легкого расширен, наружные его контуры нечеткие, просвет главного бронха не определяется.

***Диагноз и его обоснование? Лечение?***

#### **Задача 96.**

Пациент А. 25 лет, выявлен с диагнозом: инфильтративный туберкулез в/доли левого легкого, в фазе распада, БК+. При исследовании мокроты выявлены БК устойчивые к стрептомицину и рифампицину. Из анамнеза: отец пациента умер от туберкулеза легких 1,5 года тому назад.

***Охарактеризуйте тип лекарственной устойчивости?***

#### **Задача 97.**

Женщина 36 лет, выявлена при прохождении профилактического флюорографического осмотра. После дообследования выставлен диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, БК- (бактериоскопически).

***Возможная причина отсутствия обнаружения КУБ при микроскопическом исследовании? Укажите, какие еще методы обнаружения микобактерий туберкулеза необходимо использовать?***

#### **Задача 98.**

Мужчина 35 лет. При трудоустройстве выявлены рентгенологические изменения: в С<sub>1-2</sub> обоих легких в виде немногочисленных очагов средних и крупных размеров, слабой и средней интенсивности, без четких контуров. Корни легких не изменены. Проведена 2-х недельная антибактериальная терапия, динамики не получено.

***Диагноз и его обоснование? Назначьте необходимые исследования?***

#### **Задача 99.**

Пациентка 30 лет. Заболела около месяца назад, когда повысилась температура до 37,5°C, появился кашель с мокротой, кровохарка-

ные – в течение последних 2-х дней, тупая боль в грудной клетке справа в верхнем отделе при кашле.

Анализ: крови: СОЭ- 34 мм/час, небольшой лейкоцитоз.

При рентгенологическом исследовании определяется распространенное затенение с четкой нижней границей по междолевой борозде в верхней доле справа. Верхний контур затенения без чётких границ плавно переходит в здоровую лёгочную ткань, структура тени неомогенная с участками просветления, в окружающей легочной ткани мелкоочаговые тени. Проведенная двухнедельная неспецифическая антибактериальная терапия эффекта не оказала.

***Предварительный диагноз? Дополнительные методы исследования на туберкулёз?***

### **Задача 100.**

Пациент 37 лет, проживает один. Образование неполное среднее, в настоящее время не работает. Выявлен при обращении. Анамнез: героиновый наркоман со стажем 5 лет. Со слов пациента, последние 2 года наркотики не употребляет, кодирован по поводу алкоголизма. Курит с 15 лет. В течение последних 6 месяцев отмечает субфебрильную температуру, слабость, одышку, кашель со слизистой мокротой. При осмотре: орофарингиальный кандидоз, ангулярный хейлит, генерализованное увеличение лимфоузлов. Перкуторно: ясный легочный звук, аускультативно: жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы.

На обзорной рентгенограмме определяется справа в верхних отделах распространенное неомогенное затенение с четким нижним краем по ходу междолевой щели. В нижних отделах правого легкого очаговые тени слабой и средней интенсивности, местами сливного характера. Корни не расширены, синусы свободны.

***Диагноз, фаза процесса? Сопутствующий диагноз? Дополнительные методы исследования?***

## **V.           Эталоны ответов к клиническим ситуационным задачам**

**№1.** Гиперергическая туберкулиновая проба. 6-Б группа диспансерного учета.

Химиопрофилактика: изониазид 5,0 мг/кг массы тела в течение 6-9 месяцев; повторная проба Манту.

**№2.** Вираз туберкулиновой пробы. 6-А Группа диспансерного учета. Курс химиопрофилактики изониазидом в дозе 5,0 мг/кг массы тела в течение 6-9 месяцев. Поиск источника туберкулезной инфекции.

**№3.** Кавернозный туберкулез 2 сегмента правого легкого, фаза инфильтрации и обсеменения, БК+ (рецидив).

**№4.** Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения. БК+. ЛУ (S, R). Вторичная полирезистентность МБТ

**№5.** Диссеминированный туберкулез (подострый) легких в фазе инфильтрации и распада, БК+. Кровохарканье.

**№6.** Кавернозный туберкулез 1-2 сегмента левого легкого в фазе инфильтрации, БК+. Левосторонний спонтанный пневмоторакс. 1-А группа диспансерного учета.

Аспирация газа из левой плевральной полости. Симптоматическое лечение.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + этамбутол + пиразинамид.

**№7.** Первичный туберкулезный комплекс 3 сегмента правого легкого в фазе инфильтрации, БК-, 1-А группа диспансерного учета.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + этамбутол + пиразинамид.

**№8.** Холодный поствакцинальный абсцесс левого плеча с наличием свища. 6-В группа диспансерного учета.

Лечение: изониазид + пиразинамид в дозах, соответствующих массе тела.

**№9.** Инфильтративный туберкулез 6 сегмента левого легкого (облаковидный), фаза распада, БК+.

1-А группа диспансерного учета.



**№10.** Проводится проба Манту с 2ТЕ ППД-Л. При отрицательной пробе Манту ребенок прививается вакциной БЦЖ-М (0,025 мг в 0,1 мл внутривенно в верхней трети левого плеча).

**№11.** Очаговый туберкулез (мягкоочаговый) 1-2 сегмента левого легкого в фазе инфильтрации, БК-.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + этамбутол +пиразинамид.

**№12.** Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения обоих легких, БК+. Легочное кровотечение. Вторичная широкая лекарственная устойчивость

**№13.** Ранняя туберкулезная интоксикация.

Обоснование диагноза:

- контакт с бациллярным пациентом, страдающим туберкулезом легких;
- вираж туберкулиновой пробы;
- наличие интоксикационного синдрома;
- отсутствие рентгенологических изменений в легких.

**№14.** Большие остаточные изменения после излеченного туберкулеза в виде пневмоцироза и фиброзных очагов в 1,2 сегментах правого легкого. Пациент должен наблюдаться в группе риска в поликлинике по месту жительства.

**№15.** Левосторонний экссудативный плеврит.

План обследования:

- пункция левой плевральной полости с полным извлечением экссудата;
- исследование экссудата в клинической лаборатории;
- исследование экссудата в бактериологической лаборатории;
- исследование экссудата в цитологической лаборатории;
- повторное рентгенообследование после плевральной пункции.

**№16.** Туберкулез правых внутригрудных лимфатических узлов в фазе инфильтрации, БК-.

Обоснование диагноза:

- появление положительной туберкулиновой пробы в 5 лет – 7 мм и нарастание папулы в 6 лет – 15 мм после угасшей поствакцинальной аллергии в 1,2,3 года жизни ребенка свидетельствует об инфекционной аллергии в связи с первичным заражением МБТ;

- клинические проявления болезни: повышенная температура тела, потливость, отсутствие аппетита, наличие кашля, увеличение нескольких групп периферических лимфатических узлов, изменения при аускультации легких, характерные изменения в гемограмме свидетельствуют об интоксикации и локальном поражении, что позволяет говорить об активности выявляемых патологических изменений;
- рентгенологически определяемое расширение правого корня легкого указывает на локализацию воспалительного процесса;
- отсутствие клинико-рентгенологического эффекта от проводимой двухнедельной противовоспалительной терапии антибиотиками широкого спектра действия указывают на специфический характер патологических проявлений в правом корне.

**№17.** Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого, фаза инфильтрации и обсеменения, БК+. Кровохарканье. Эмфизема легких. ДН I ст.

**№18.** Очаговый туберкулез 1,2 сегментов правого легкого (мягкоочаговый), фаза инфильтрации, БК-. 1-А ГДУ.

**№19.** Цирротический туберкулез верхней доли правого легкого, БК+.

**№20.** Клиническое излечение инфильтративного туберкулеза 1,2 сегментов левого легкого с наличием фиброзных очагов.

Подлежит снятию с учета в диспансере. Должен наблюдаться поликлиникой по месту жительства как рентгеноположительный с ежегодным флюорографическим обследованием.

**№21.** Гиперергическая реакция на пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л. 6-Б группа диспансерного учета.

Химиопрофилактика изониазидом 10 мг/кг веса (но не более 0,3) в течение 6 месяцев.

Флюорографическое обследование родителей.

**№22.** Диссеминированный туберкулез легких (подострый), фаза инфильтрации и распада, БК+. Левосторонний спонтанный пневмоторакс. Ухудшение состояния пациентки наступило в связи с возникшим осложнением – левосторонним спонтанным пневмотораксом.

**№23.** Инфильтративный туберкулез 2 сегмента правого легкого (лобулярный), фаза распада, БК+ (устойчивые к канамицину и стрептомицину, рецидив, группа диспансерного учета II-А.

Вид лекарственной устойчивости – вторичная полирезистентность.

**№24.** Ранняя туберкулезная интоксикация. Узловатая эритема. 1 "А" группа диспансерного учета.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол массы тела. Поиск источника туберкулезной инфекции.

**№25.** Дополнительные исследования:

- плевральная пункция с извлечением всего экссудата;
- исследование экссудата в клинической лаборатории (цвет, прозрачность, уд. вес, белок, цитоз, проба Ривальта), бактериологической (посевы на микрофлору и МБТ), цитологической (характер клеточных элементов);
- повторная рентгенограмма органов грудной клетки после эвакуации экссудата.

Обоснование диагноза:

- контакт с пациентом, страдающим туберкулезом;
- молодой возраст пациента;
- неэффективность противовоспалительного лечения;
- данные объективного обследования пациента;
- положительная проба Манту;
- рентгенологические данные.
- результаты лабораторного исследования экссудата.

**№26.** Цирроз верхней доли правого легкого после излеченного инфильтративного туберкулеза, БК-; легочное кровотечение; двухсторонняя нижнедолевая аспирационная пневмония.

**№27.** Очаговый туберкулез 1,2 сегмента левого легкого в фазе инфильтрации, БК-. Состояние после резекции 2/3 желудка (2 года назад) по поводу язвенной болезни. 1-А группа диспансерного учета.

Обоснование диагноза:

- изменения в 1-2 сегменте левого легкого в виде групп очагов разной интенсивности и очерченности, выявлены впервые при профилактической флюорографии у рентгеноположительного человека (кальцинат в левом легком корне после спонтанно зажившего первичного туберкулеза);
- скудная симптоматика;
- нормальная гемограмма.

**№28.** Туберкулема 2 сегмента правого легкого, фаза распада и обсеменения, БК+.

Лечение 2 месяца изониазид + рифампицин + пиразинамид + этам-бутол, а при отсутствии эффекта - резекция 2 сегмента правого легкого и дальнейшее лечение изониазид + рифампицин – 4 месяца.

**№29.** Милиарный туберкулез легких в фазе инфильтрации, БК-.

**№30.** Первичный туберкулезный комплекс 8 сегмента правого легкого в фазе инфильтрации, БК-. Вираз туберкулиновой пробы.

**№31.** Милиарный туберкулез легких в фазе инфильтрации, БК-.

Обоснование диагноза:

- контакт с бабушкой, страдающей туберкулезом;
- положительная проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 14 мм;
- вакцинация и ревакцинация БЦЖ не проводилась;
- имеется много факторов, способствующих снижению общего иммунитета;
- острое начало болезни;
- объективные данные:
- данные рентгенологического исследования;
- отсутствие эффекта от противовоспалительного лечения.

**№32.** Туберкулема 2 сегмента правого легкого в фазе распада, БК+.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол в течение 2-х месяцев с последующим оперативным вмешательством – резекция 2 сегмента правого легкого. После хирургического вмешательства лечение изониазидом + рифампицином еще в течение 4 месяцев.

**№33.** Диссеминированный туберкулез легких (подострый), фаза инфильтрации и распада, БК+.

**№34.** Туберкулез правых внутригрудных лимфатических узлов (инфильтративная форма) в фазе инфильтрации, БК-. Вираз туберкулиновой пробы.

**№35.** Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, БК+. ДН II ст.

**№36.** Первичный туберкулезный комплекс 3 сегмента правого легкого в фазе инфильтрации, БК-, правосторонний экссудативный плеврит.

Обоснование диагноза:

- молодой возраст пациентки;
- гиперергическая проба Манту с 2ТЕ ППД-Л;
- локализация процесса в 3 сегменте правого легкого;
- поражение корня легкого;
- наличие экссудативного плеврита;
- увеличение периферических лимфатических узлов.

**№37.** Очаговый туберкулез (мягкоочаговый) С<sub>1-2</sub> правого легкого в фазе инфильтрации, БК+. I клиническая категория.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол.

**№38.** Инфильтративный туберкулез (облаковидный) С<sub>1-2</sub> правого легкого в фазе распада и обсеменения, БК+. Кровохарканье. Туберкулиновая проба гиперергическая.

**№39.** Инфильтративный туберкулез 6 сегмента правого легкого в фазе распада и обсеменения, БК+.

Обильное (массивное) бактериовыделение.

**№40.** Первичный туберкулезный комплекс 6 сегмента правого легкого в фазе инфильтрации, БК-.

Обоснование диагноза:

- наличие контакта у девушки-подростка с пациентом, страдающим туберкулезом;
- симптомы интоксикации, наличие кашля, которые сохраняются после двухнедельной антибактериальной терапии;
- гиперергическая проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 20 мм;
- рентгенологически определяемый фокус затенения в 6 сегменте правого легкого, связанный «дорожкой» с расширенным корнем и не подвергшийся обратному развитию при лечении ампициллином и линкомицином, свидетельствуют о специфичности воспалительного процесса в правом легком.

**№41.** Первичный туберкулезный комплекс 6 сегмента правого легкого, фаза инфильтрации, БК-.

Обоснование диагноза:

- контакт с пациентом, страдающим туберкулезом легких;
- гиперергическая туберкулиновая проба;

- наличие интоксикационного синдрома;
- данные рентгенологического исследования;
- отсутствие эффекта от 2-х недельной противовоспалительной терапии.

**№42.** Инфильтративный туберкулез (круглый вариант) 1-2 сегмента левого легкого, БК-. Экссудативный левосторонний плеврит.

Пункция левой плевральной полости с цитологическим исследованием экссудата, исследование экссудата на вторичную флору и МБТ.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол.

**№43.** Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, БК+. Легочно-сердечная недостаточность 2-3 степени. Кахексия.

Причиной смерти явилась легочно-сердечная недостаточность.

**№44.** Казеозная пневмония обоих легких (бронхолобулярная) в фазе распада, БК+.

**№45.** Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, БК+. Состояние после верхнедолевой лобэктомии справа. Кахексия. II-Б группа диспансерного учета. IV клиническая категория.

Химиотерапия противотуберкулезными препаратами с учетом лекарственной устойчивости МБТ.

**№46.** План обследования:

- сбор анамнеза, жалоб;
- физикальное и лабораторное обследование;
- проба Манту с 2ТЕ ППД-Л и ее ретроспективная оценка;
- обзорная рентгенография легких, КТ ОГК;
- бронхоскопия;
- исследование мокроты на МБТ скопически и методом посева трижды.

Достоверное подтверждение диагноза – выявление БК. Подтвердят диагноз: выявление виража туберкулиновой пробы, наличие контакта с туберкулезным пациентом, наличие увеличенных лимфатических узлов правого корня, наличие признаков (объективных и лабораторных) воспалительного характера.

**№47.** Казеозная пневмония (бронхолобулярная) обоих легких в фазе распада, БК+. I клиническая категория.

Химиотерапия не менее 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол. Дезинтоксикационная терапия, гормонотерапия.

**№48.** Туберкулез правых внутригрудных лимфатических узлов (инфильтративная форма) в фазе инфильтрации, БК-. 1-А группа диспансерного учета. I клиническая категория.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол.

**№49.** Туберкулезный правосторонний экссудативный плеврит.

Обоснование диагноза:

- контакт с пациентом, страдающим туберкулезом;
- молодой возраст пациента;
- постепенное начало заболевания;
- наличие физикальных данных;
- характерная рентгенологическая картина – затенение с верхней косой границей;
- туберкулиновая проба Манту;
- нормальное содержание лейкоцитов в гемограмме.

**№50.** Клиническое излечение инфильтративного туберкулеза 1,2 сегментов правого легкого с наличием фиброзных очагов. Хронический алкоголизм.

Подлежит снятию с учета в диспансере. Должен наблюдаться поликлиникой по месту жительства как рентгеноположительный с ежегодным флюорографическим обследованием. По показаниям углубленное обследование в противотуберкулезном диспансере.

**№51.** Очаговый туберкулез 1 сегмента правого легкого (мягко-очаговый), фаза инфильтрации, БК-. III клиническая категория.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + этамбутол в течение 2-х месяцев.

**№52.** Туберкулезный экссудативный плеврит. 1-А группа диспансерного учета.

Обоснование диагноза:

- отсутствие эффекта и прогрессирование заболевания на фоне противовоспалительного лечения;
- молодой возраст пациента;
- гиперергическая туберкулиновая проба;
- отсутствие очаговых и инфильтративных изменений на первичной и повторной рентгенограммах;

В интенсивную фазу лечения 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол – 2 месяца.

Фаза продолжения – 3-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + канамицин + этамбутол – 4 месяца.

**№53.** Очаговый туберкулез (мягкоочаговый) 1,2 сегментов правого легкого в фазе инфильтрации, БК-. I "А" группа диспансерного учета.

**№54.** Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов справа (туморозная форма) в фазе инфильтрации, БК-. Наблюдается выраж туберкулиновой пробы. Проба Манту – гиперергическая.

**№55.** Казеозная пневмония (лобарная) верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения обоих легких, БК+ . 1-А группа диспансерного учета. I клиническая категория.

Лечение в интенсивную фазу 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол, дезинтоксикационная терапия, глюкокортикостероиды.

**№56.** Очаговый туберкулез (мягкоочаговый) 1,2 сегментов правого легкого в фазе инфильтрации и распада, БК+. I клиническая категория.

В фазу продолжения – 2-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин.

**№57.** Милиарный туберкулез легких, фаза инфильтрации, БК-. I-А группа диспансерного учета.

**№58.** Очаговый туберкулез (мягкоочаговый) 1-2 сегмента левого легкого в фазе инфильтрации, БК-.

Обоснование диагноза:

- очаговые изменения в левом легком выявлены при флюорографии;
- отсутствие симптомов интоксикации;
- отсутствие эффекта после противовоспалительной терапии.

**№59.** Казеозная пневмония обоих легких (лобулярная), фаза распада, БК+. Обильное бактериовыделение.

**№60.** Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами преимущественно парентерально: изониазид внутривенно капельно; рифампицин внутривенно капельно; этамбутол внутривенно; пиразина-



мид 2,0 per os. Дегидратационная, дезинтоксикационная терапия, глюкокортикостероиды.

**№61.** Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (лобит), фаза распада и обсеменения, БК+. Первая клиническая категория.

**№62.** Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, БК+.

Обоснование диагноза:

- давность заболевания (5 лет);
- отсутствие специфического лечения;
- выраженность клинических проявлений с волнообразным хроническим течением;
- данные объективного обследования;
- изменения в гемограмме;
- массивность бактериовыделения;
- характер рентгенологических изменений.

**№63.** Инфильтративный туберкулез (круглый вариант) 2 сегмента правого легкого в фазе распада и обсеменения, БК+.

Химиотерапия на 1 этапе 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол ежедневно в течение 3-х месяцев. Через 3 месяца продолжить лечение 3-мя противотуберкулезными препаратами до стойкого абациллирования и закрытия полости распада.

**№64.** Необходимо наблюдение в поликлинике с ежегодным рентгенологическим контролем, т.к. пациент относится к группе риска по рецидиву туберкулеза.

Диагноз: клиническое излечение туберкулеза с большими остаточными посттуберкулезными изменениями в виде фиброзных очагов 1-2 сегментов обоих легких и цирроза верхушки правого легкого.

**№65.** Инфильтративный туберкулез (бронхолобулярный) 1-2 сегмента левого легкого в фазе распада, БК+. I "А" группа диспансерного учета.

**№66.** Очаговый туберкулез (мягкоочаговый) 1 сегмента правого легкого в фазе инфильтрации, БК-.

Химиотерапия на 1 этапе 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + этамбутол + пиразинамид ежедневно в течение 2-х месяцев.

Химиотерапия на 2 этапе 2-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин в течение последующих месяцев или альтернативная схема на 2 этапе: изониазид + этамбутол в течение 6 месяцев.

**№67.** Кавернозный туберкулез 1-2 сегментов левого легкого в фазе инфильтрации, БК+.

**№68.** Инфильтративный туберкулез верхней доли (лобит) правого легкого в фазе распада, БК+.

**№69.** Диссеминированный (подострый) туберкулез обоих легких в фазе инфильтрации и распада, БК+. I-A группа диспансерного учета.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол.

**№70.** Диссеминированный туберкулез (хронический) легких в фазе инфильтрации и распада, БК+. Кровохарканье. ДН 2 ст. I-B группа диспансерного учета.

**№71.** Цирротический туберкулез верхней доли правого легкого, БК+. Эмфизема легких. ДН II ст. Хроническое легочное сердце, ст. компенсации II. I-B группа диспансерного учета.

**№72.** Фиброзно-очаговые изменения 1,2 сегментов правого легкого. Периодическое наблюдение в поликлинике по месту жительства, рентгенобследование не реже 1 раз в год.

**№73.** Инфильтративный туберкулез (круглый) 1-2 сегмента левого легкого, БК-. Левосторонний туберкулезный экссудативный плеврит.

II клиническая категория, II режим химиотерапии (3HRZE/5HRE).

**№74.** Диссеминированный туберкулез легких (подострый) в фазе инфильтрации и распада, БК+. I клиническая категория, I режим химиотерапии.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол.

**№75.** Очаговый туберкулез (мягкоочаговый) 1-2 сегмента левого легкого в фазе инфильтрации, БК-. III клиническая категория.

**№76.** Казеозная пневмония верхней доли правого легкого (лобарная) в фазе распада и обсеменения, БК+.

Эпидемический очаг 1 категории.

**№77.** Очаговый туберкулез (фиброзно-очаговый) 1,2 сегментов правого легкого в фазе инфильтрации, БК+. I клиническая категория.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + этамбутол + пиразинамид.

**№78.** Виразж, 6-А группа диспансерного учета.

Химиопрофилактика: изониазид 10,0 мг/кг массы тела в сутки. Выявление источника инфекции.

**№79.** Туберкулез правых внутригрудных лимфатических узлов (туморозная форма), фаза инфильтрации, БК+.

**№80.** Ранняя туберкулезная интоксикация. ГДУ-I-A. Полихимиотерапия 4-мя препаратами.

**№81.** Казеозная пневмония верхней доли правого легкого (лобарная) в фазе инфильтрации, распада и обсеменения, БК+. Лечение по I режиму химиотерапии до получения результатов теста лекарственной чувствительности, с последующей коррекцией при необходимости. Ребенка ставят на диспансерный учет в IV-A группу ДУ. Необходимо обследовать ребенка (общий анализ крови, общий анализ мочи, рентген органов грудной клетки, проба Манту, Диаскинтест). При необходимости назначить химиопрофилактическое лечение.

**№82.** Казеозная пневмония верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации, распада и обсеменения, БК+ (лобарная). Лечение по I лечебной категории (изониазид + рифампицин + этамбутол + пиразинамид).

**№83.** Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения, БК+ (лобит). Лечение по I лечебной категории. После исследования чувствительности МБТ коррекция химиотерапии.

**№84.** Дренаж плевральной полости из-за возможного развития эмпиемы.

**№85.** Инфильтративный туберкулез С 2 правого легкого (периссурит) в фазе распада и обсеменения, БК+. I-A ГДУ. Кровохарканье. ФБС. Лечение по 1-ой лечебной категории. Гемостатики.

**№86.** Перевод из I-A ГДУ в III-A ГДУ. Наблюдение в течение 1 года, затем снятие с диспансерного учета.

**№87.** Изучить спектр лекарственной устойчивости МБТ и изменить характер химиотерапии.

**№88.** Противокашлевые, анальгетики. Пункция правой плевральной области и удаление воздуха. Возможно дренаж по Бюлау. Полихимиотерапия.

**№89.** Туберкулезный правосторонний экссудативный плеврит. Лечение по 1 лечебной категории (4-мя препаратами), плевральная пункция.

**№90.** Туберкулез правых внутригрудных лимфатических узлов (инфильтративная форма).

**№91.** Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, БК+.

**№92.** Первичный туберкулезный комплекс С<sub>6</sub> правого легкого в фазе инфильтрации, БК-. Гиперергический характер туберкулиновой чувствительности.

**№93.** Гиперергический характер туберкулиновой пробы. Тактика: для дообследования ребенка выполнить ОАК, исследование мокроты на БК, рентгенологическое обследование органов грудной клетки. В случае исключения заболевания туберкулезом выставляется диагноз: вираж туберкулиновой пробы (гиперергическая проба) и назначается химиопрофилактика изониазидом 6-9 месяцев.

**№94.** У первого ребенка по достижении нормального веса должна быть проведена вакцинация БЦЖ-М.

У второго ребенка возможна вакцинация только БЦЖ-М.

**№95.** Туберкулез внутригрудных лимфоузлов справа в фазе инфильтрации. Правосторонний экссудативный плеврит. Диагноз выставлен на основе рентгенологических данных, наличия виража туберкулиновой пробы, микрополиаденита. Лечение по 1 режиму (4 ПТЛС).

**№96.** Первичная лекарственная устойчивость, полирезистентность.

**№97.** В случае отсутствия фазы распада при туберкулезе бактериовыделение может отсутствовать, а также может быть скудным или умеренным и бактериоскопически не определяться, так как разрешающая способность бактериоскопии 5000 МБТ и более в 1 мл патологического материала (мокроты).

Необходимо назначить пациентке методы обнаружения микобактерий туберкулеза с более высокой разрешающей способностью (посев на плотные питательные среды, посев методом ВАСТЕС, GeneXpert).

**№98.** На основании бессимптомного течения заболевания, отсутствия эффекта от противовоспалительной терапии может быть выставлен диагноз: очаговый туберкулез С1-2 обоих легких (мягкоочаговый вариант) в фазе инфильтрации. Для уточнения наличия бактериовыделения показано трехкратное исследование мокроты на БК бактериоскопически, посев на плотные питательные среды; исследование мокроты методом ВАСТЕС, GeneXpert. Дополнительно назначается проба Манту с 2ТЕ ППД-Л и Диаскинтест.

**№99.** Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (перисциссурит) в фазе распада, БК обслед.

Для уточнения бактериовыделения необходимо провести трехкратное исследование мокроты на БК бактериоскопически, посев на плотные питательные среды; исследование мокроты методом ВАСТЕС, GeneXpert. Дополнительно назначается проба Манту с 2ТЕ ППД-Л и Диаскинтест.

**№100.** Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения, БК обслед. ВИЧ-инфекция.

Для уточнения бактериовыделения необходимо провести трехкратное исследование мокроты на БК бактериоскопически, посев на плотные питательные среды; исследование мокроты методом ВАСТЕС, GeneXpert. Дополнительно назначается проба Манту с 2ТЕ ППД-Л и Диаскинтест. Для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции назначается ИФА-ВИЧ, иммунограмма.

## **VI. ОСНОВНЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ПО ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ**

### **Методика обследования пациента с туберкулезом органов дыхания**

**Расспрос:** Выявление факторов риска инфицирования и заболевания туберкулезом (сведения о характере и длительности контакта с бактериовыделителем, условия труда и быта пациента, развитие организма, перенесенные и имеющиеся заболевания, вредные привычки). У детей и подростков необходимы сведения о характере туберкулиновых проб в динамике, о вакцинации и ревакцинации БЦЖ. У взрослых – давность и результаты предшествующих рентгенисследований.

**Клинические** признаки туберкулеза легких. Установление начала первых симптомов болезни и их развитие в дальнейшем. Интоксикационный синдром: жалобы пациента на лихорадку, потливость, слабость, ухудшение самочувствия и общего состояния, похудание. Грудные жалобы на кашель, выделение мокроты, одышку, кровохарканье, боли в грудной клетке. Патогенетическая интерпретация и их значение в дифференциальной диагностике со сходными с туберкулезом заболеваниями.

**Физикальные методы исследования:** осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация пациента, страдающего туберкулезом органов дыхания. Клиническая интерпретация выявленных изменений, их значение для диагноза и методики последующего обследования.

**Общеклинические лабораторные методы диагностики:** диагностическое значение изменений в гемограмме количества форменных элементов периферической крови и СОЭ при различных формах и фазах туберкулезного процесса.

Изучение и интерпретация показателей мочи.

Биохимические и другие методы по изучению функционального состояния печени и других органов у пациента, страдающего туберкулезом.

**Лабораторная диагностика возбудителя туберкулеза:** определение метода забора патологического материала для исследования на МБТ. Определение вида и кратности лабораторной диагностики на МБТ (обычная бактериоскопия, методы обогащения, люминесцентная микроскопия, бактериологическое исследование, молекулярно-генетические исследования). Типирование возбудителя, исследование его на вирулентность и чувствительность к ПТЛС. Определение характера и мас-

сивности бактериовыделения у пациента, страдающего туберкулезом по результатам микробиологических исследований.

**Туберкулинодиагностика:** определение специфической сенсibilизации организма пациента по данным стандартной туберкулиновой пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л, а в некоторых случаях (по показаниям) - по данным подкожной пробы Коха. Оценка диагностических и дифференциально-диагностических возможностей указанных проб в выявлении туберкулеза. Показания для проведения Диаскин-теста.

**Рентгенологические методы исследования:** определение вида и метода рентгенологического обследования пациента, страдающего туберкулезом органов дыхания или их сочетания (флюорография в прошлом и настоящем, рентгенография в различных проекциях, томография на различной глубине, полипозиционная рентгеноскопия, компьютерная томография, компьютерная низкодозовая рентгенография и т.д.). По полученным данным комплексного рентгенологического исследования определить рентгенологический синдром, по общепринятой схеме описать выявленные патологические образования в легких и средостении, а затем произвести клиническую интерпретацию скиталогической картины органов грудной клетки.

**Инструментальные методы обследования:** интерпретация данных полученных при трахеобронхоскопии, диагностической плевроскопии, медиастиноскопии, торакоцентезе, диагностической торакотомии с забором аспирата или биоптата для цитологического или патогистологического исследования.

**Цитологические исследования:** получение и интерпретация данных цитологического исследования плеврального экссудата, бронхоальвеолярной лаважной жидкости, мокроты пациента, страдающего туберкулезом, пунктатов лимфатических узлов и другого патологического материала.

**Патогистологические исследования:** получение и интерпретация клеточного состава при патогистологическом исследовании биопсийного материала ткани легких, плевры, слизистой бронхов, лимфоузлов и т.д.

**Методы исследования функции дыхания и кровообращения:** оценка функциональных тестов легочной вентиляции, газообмена с определением степени дыхательной недостаточности по данным спирографии. Определение деятельности сердечно-сосудистой системы по данным электрокардиографии, ультразвуковому исследованию и др.

**Заключение.** Проводится клиническая оценка данных, полученных при комплексном обследовании пациента, обоснование диагноза туберкулеза легких согласно классификации, определение сопутствующих заболеваний. Достоверными диагностическими признаками туберкулеза являются бактериовыделение, наличие элементов туберкулезно-

го воспаления (гистологически), эффективность противотуберкулезной химиотерапии в дальнейшем.

### **Оценка туберкулиновой пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л**

Результат пробы Манту оценивается через 72 часа после ее постановки путем измерения инфильтрата (папулы) в «мм». Прозрачной бесцветной миллиметровой линейкой измеряют и регистрируют поперечный (по отношению к оси руки) размер инфильтрата (папулы). Проба считается отрицательной при полном отсутствии инфильтрата (и гиперемии) или при наличии уколочной реакции (0-1 мм); сомнительной – при инфильтрате (папуле) размером 2-4 мм или только гиперемии любого размера без инфильтрата; положительной – при наличии инфильтрата (папулы) диаметром 5 мм и более. Гиперергическими у детей и подростков считается реакция на туберкулин с диаметром инфильтрата 17 мм и более, у взрослых – 21 мм и более, а также наличие везикуло-некротической реакции и/или пробы с лимфангоитом, лимфаденитом независимо от размера инфильтрата.

По результатам пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л выявляются лица, которые нуждаются в углубленном обследовании на туберкулез у фтизиатра (группы риска):

1. С «виражом» туберкулиновой пробы.
2. С гиперергическими реакциями.

Примеры оформления результатов пробы Манту в истории болезни:

1. 21.09.2013г. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 14 мм папула.
2. 8.01.2013г. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – гиперемия 7 мм.
3. 10.01.2014г. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – 16 мм папула с везикулой (гиперергическая)

### **Дифференциально-диагностические признаки послевакциновой и инфекционной аллергии при туберкулезе /по пробе Манту с 2ТЕ ППД-Л/**

<b>Признаки</b>	<b>Послевакцинная аллергия /на вакцину БЦЖ/</b>	<b>Инфекционная аллергия – «вираж»</b>
Контакт с пациентом туберкулезом	Не установлен обычно	Нередко установлен
Клиническая симптоматика	Отсутствует	Иногда имеется интоксикация
Возраст и сроки	Дети и подростки	«Вираж» развивается в



развития аллергии	обычно в первый год после вакцинации или ревакцинации /1 год; 8 лет/.	любое время после предыдущей отрицательной пробы /год назад/. Чаще дети старших возрастов и подростки в поздние сроки ревакцинации.
Размер папулы	Отрицательная, сомнительная или слабоположительная реакция /5-11 мм/	Чаще 12 мм и более
Очерченность границ папулы.  Сроки наилучшей выраженности папулы.	Папула плоская, нечетко очерченная, бледная.  Через 24 часа /обычно в 1-ые сутки/, на 2-3 сутки снижается.	Папула четко очерченная, кожная реакция более яркая.  Через 72 часа и более /1-2-3 сутки и более/
Сроки исчезновения папулы	Через 3-5 суток.	Через 5-10 суток и более.
Сроки исчезновения пигментации.	Через 1-1,5 недели.	Через 3-6 недель и более.
Динамика папулы /ежегодная/	Уменьшение размеров папулы /при увеличении пробы у вакцинированного на 6 мм и более за год свидетельствует о недавнем инфицировании/.	Сохранение прежних размеров или увеличение папулы.
Характер местной прививочной реакции на плече.	Имеется четкий рубчик /или два/ на месте введения вакцины БЦЖ.	Чаще послевакцинный рубчик отсутствует.
Профилактические мероприятия	Контрольная туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л детям и подросткам из групп риска по заболеванию туберкулезом.	Выявление источника инфицирования, рентгенобследование, термометрия тела, анализы крови, мокроты, наблюдение по VIA гр. учета, химиопрофилактика бмес.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Если невозможно сразу решить вопрос о характере аллергии к туберкулину, ребенку показано проведение Диаскинтеста, по результатам которого решают вопрос о тубинфицировании.

### **Определение лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом**

В настоящее время новые случаи заболевания туберкулезом чаще возникают у лиц, которых относят к группам повышенного риска, к так называемым «угрожаемым» контингентам по туберкулезу [48].

Группы риска подвергаются ежегодному флюорографическому обследованию. Некоторые лица из них помимо ежегодной флюорографии должны быть направлены и на трехкратное исследование мокроты для обнаружения МБТ бактериоскопическим и бактериологическим методами.

Характеристика лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом представлена в таблицах № 1 и № 2.

**Таблица 1. Структура «угрожаемых» контингентов**

Наименование контингента	Описание
Социальный риск	<ul style="list-style-type: none"> <li>– безработные, состоящие на учете в центрах занятости населения;</li> <li>– лица БОМЖ;</li> <li>– беженцы, мигранты;</li> <li>– лица, освободившиеся из учреждений исполнительной системы, следственных изоляторов после пребывания на постоянное место жительства в течение первых 3 лет после освобождения;</li> <li>– лица, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания (приютах, ночлежках, интернатах для престарелых и др.), и инвалиды;</li> <li>– лица, страдающие хроническим алкоголизмом и наркоманиями;</li> <li>– лица, выписанные из ЛТП;</li> <li>– военнослужащие, проходящие военную службу по призыву.</li> </ul>
Медицинский риск	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ВИЧ-инфицированные и лица, больные СПИД;</li> <li>– лица, больные сахарным диабетом;</li> <li>– лица, больные профессиональными (пылевыми) заболеваниями легких;</li> <li>– лица, больные хроническими заболеваниями ЖКТ, в т.ч. опе-</li> </ul>

	<p>рированные;</p> <p>–лица, больные ХОБЛ, в случае наличия хотя бы одного обострения в течение года;</p> <p>–пациенты, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях;</p> <p>–лица, перенесшие экссудативный плеврит или страдающие рецидивирующим сухим плевритом;</p> <p>–лица с выраженной кахексией;</p> <p>–лица, получающие кортикостероидную, цитостатическую или лучевую терапию по поводу различных заболеваний;</p> <p>–лица с большими остаточными посттуберкулезными изменениями в легких (рентгеноположительные лица с большими остаточными изменениями в легких или внутригрудных лимфоузлах);</p> <p>–лица, пострадавшие от аварии на ЧАЭС (ликвидаторы, эвакуированные, отселенные, проживающие в зонах с первоочередным и последующим отселением, проживающие в зонах с правом на отселение и с периодическим радиационным контролем).</p>
Находящиеся в бытовом или профессиональном контакте	<p>–подростки и взрослые, проживающие, работающие или учащиеся вместе с пациентами, больными заразными формами ТБ;</p> <p>–животноводы из неблагополучных по туберкулезу хозяйств;</p> <p>–работники ИТУ и СИЗО, непосредственно контактирующие с заключенными.</p>

**Таблица 2. Группы повышенного риска заболевания туберкулезом детей для проведения туберкулинодиагностики**

№	Группы детей	Частота постановки пробы Манту
1	Дети из очага туберкулезной инфекции	2 раза в год
2	Дети, не вакцинированные БЦЖ	2 раза в год
3	ВИЧ-инфицированные	2 раза в год
4	Дети без поствакцинального рубца после прививки БЦЖ (БЦЖ-М)	ежегодно
5	Дети с иммуносупрессией, в том числе ВИЧ-	2 раза в год

	инфицированные	
6	Дети, находящиеся в социально опасном положении, в т.ч. по причине злоупотребления родителями (законными представителями) алкогольными напитками, алкоголизма, наркомании, токсикомании родителей (законных представителей), а также из семей социального риска (проживающие в общежитии, беженцы, мигранты и др.).	ежегодно
7	Дети из учреждений круглосуточного пребывания, дети-инвалиды.	ежегодно
8	Дети, состоящие на диспансерном учете по поводу хронических и рецидивирующих заболеваний органов дыхания (кроме бронхиальной астмы), хронических болезней мочеполовой системы, болезней соединительной ткани, сахарного диабета.	ежегодно
9	По клиническим показаниям (при подозрении на туберкулез).	независимо от срока предыдущей пробы Манту

### **Отмечают факторы риска временные и постоянные**

К временным относят тубконтакты, беременность, роды, применение препаратов, снижающих иммунитет (кортикостероиды, химиопрепараты при лечении злокачественных заболеваний).

На «угрожаемые» группы в поликлинике формируется флюорокартотека. На каждого обследуемого заполняется карта профилактических рентгенофлюорографических осмотров – форма 052/у.

Микроскопическому исследованию мазка нативной мокроты (3-кратному) подлежат пациенты с клиническими и рентгенологическими симптомами, подозрительными на туберкулез органов дыхания:

- симптоматику со стороны органов дыхания (наличие кашля с выделением мокроты, кровохарканья, легочного кровотечения и болей в грудной клетке, связанных с дыханием) в течение 3-х и более недель;
- интоксикационные симптомы длительностью более 3-х недель;
- подозрительные на туберкулез изменения, выявленные лучевыми методами диагностики.

При наличии бронхолегочных и/или интоксикационных симптомов любой продолжительности микроскопическому исследованию мазка нативной мокроты подлежат следующие категории пациентов групп повышенного риска по заболеванию туберкулезом органов дыхания:

- с наличием контакта с пациентами, больными ТБ с бактериовыделением;
- с затянувшимся плевритом;
- с рецидивирующими воспалительными заболеваниями органов дыхания;
- социально дезадаптированные лица (прибывшие из мест заключения, лица БОМЖ, мигранты, лица, страдающие хроническим алкоголизмом и наркоманией);
- ВИЧ-инфицированные лица;
- лица после перенесенного туберкулеза.

### **Определение клинических форм туберкулеза легких по рентгенологическим признакам**

**Первичный туберкулезный комплекс** характеризуется специфическими изменениями в легочной ткани и регионарных внутригрудных лимфатических узлах, связанных между собой воспалительной дорожкой.

Характерная локализация легочного компонента – это 3,4,5 сегменты или сегменты нижней доли.

Рентгенологически в легких определяется фокус затенения, нередко сливающийся с корнем. Иногда преобладают изменения во внутригрудных лимфатических узлах, а легочной компонент выражен незначительно по протяженности и интенсивности, нередко в виде очаговых образований.

**Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.** К этой клинической форме относятся поражения лимфатических узлов не только корня легкого, но и средостения, при отсутствии клинкорентгенологических изменений в легких.

Различают **инфильтративную, опухолевидную** и, так называемую, **малую форму** бронхоаденита.

При рентгеномографическом исследовании легких и средостения определяется гиперплазия отдельных узлов или нескольких их групп, деформация корня легкого, изменения его структуры. Возможны осложнения в виде плеврита, ателектаза, бронхогенной и лимфогенной (очаги Симона) диссеминации.

**Милиарный туберкулез легких** – это процесс, развившийся в результате распространения инфекции гематогенным путем.

Рентгенологически симметрично в обоих легких по всем полям определяются множественные однотипные мелкие (просовидные) очаговые тени слабой интенсивности на фоне сетчатого легочного рисунка.

**Диссеминированный туберкулез легких** объединяет процессы различного генеза, развившиеся в результате распространения туберку-

лезной инфекции по гематогенным, лимфогенным и бронхиальным путям.

Диссеминированные процессы могут быть двухсторонними, односторонними, распространенными и ограниченными, **подострыми и хроническими**.

**При подостром диссеминированном туберкулезе** в легких рентгенотомографически определяется множество различных размеров очаговых теней слабой и средней интенсивности с нечеткими контурами, местами сливного характера (пневмонические фокусы) с образованием тонкостенных («штампованных») каверн на фоне сетчатого рисунка.

**При хроническом диссеминированном туберкулезе** рентгенологически, преимущественно в верхних отделах легких определяются хорошо очерченные очаги и фокусы различной величины и плотности на фоне развития фиброза, а также эмфизема в нижних отделах. Корни, как правило, подтянуты кверху. Могут также определяться сформированные каверны в легких.

**Очаговый туберкулез легких** характеризуется наличием одиночных или группы очагов различного генеза и давности, локализующихся в ограниченном участке одного или обоих легких и занимающих не более одного-двух сегментов.

Различают **мягкоочаговые** (свежие) и **фиброзноочаговые** (хронические) процессы.

Рентгенологически при мягко-очаговом варианте в легких, как правило в С<sub>1</sub>, С<sub>2</sub> или реже С<sub>6</sub> сегментах, определяются очаговые тени слабой интенсивности с нечеткими контурами.

При фиброзноочаговом варианте – в тех же сегментах легких определяются очаги различной интенсивности на фоне усиленного фиброзно-склерозированного легочного рисунка.

**Инфильтративный туберкулез легких.** К этой форме относятся все инфильтративно-пневмонические процессы различного генеза, большей частью, возникшие на фоне фиброзных и очаговых изменений, характеризующиеся воспалительной реакцией преимущественно экссудативного характера с казеозным некрозом в центре и относительно быстрой динамикой процесса.

Рентгенологически в легких определяются различной формы фокусы инфильтрации неомогенного характера, слабой и средней интенсивности с нечеткими контурами от 1,5 см до размеров доли в зависимости от клинко-рентгенологического типа инфильтрата (**бронхолюбарный, круглый, облаковидный, перисциссурит, лобит**).

**Казеозная пневмония** характеризуется наличием в одном или обоих легких обширной воспалительной реакции по типу острого казеозного некроза.

Рентгенологически – это или злокачественно текущий лобит (**лобарный вариант**), или множественные бронхолобулярные инфильтраты в обоих легких, местами сливающиеся в фокусы (**лобулярный вариант**). В обоих случаях казеозно-некротические изменения в легких преобладают над воспалительными.

**Туберкулома легких** объединяет разнообразные по генезу инкапсулированные казеозные образования более 1,5 см.

Рентгенологически – это фокусы с четкими контурами, локализующиеся в 1,2 или 6 сегментах, обычно негетерогенного характера (содержат обызвествленные включения или определяется эксцентричный распад), имеющие дорожку к корню («симптом ракетки»). При этом в окружающей легочной ткани, как правило, имеются дополнительно фиброзно-очаговые изменения, корень интактен.

**Кавернозный туберкулез легких** характеризуется наличием сформированной тонкостенной каверны без выраженного перифокального воспаления, выраженных фиброзных изменений и распространенных очагов в окружающей легочной ткани.

Рентгенологически в легких определяется сформированная тонкостенная каверна, другие изменения незначительны.

**Фиброзно-кавернозный туберкулез легких** характеризуется наличием толстостенной фиброзной каверны, выраженного фиброза в окружающей легочной ткани и смещением органов средостения в сторону поражения. Часто при этом определяются очаги бронхогенной диссеминации в том же легком, где локализуется каверна, или в противоположном, а также эмфизема, бронхоэктазы, шварты и другие признаки хронического легочного процесса.

Рентгенологически картина соответствует определению данной клинической формы.

**Цирротический туберкулез легких** характеризуется обширным разрастанием грубой соединительной ткани в легком и плевре в результате инволюции распространенных форм туберкулез легких и поражения плевры, но с сохранением активности туберкулезного процесса. К цирротическому туберкулезу относят также «старые» циррозы, при которых выявлены признаки активности туберкулеза.

Рентгенологически выявляются выраженные затенения в легких различной распространенности, нередко с наличием ячеистых просветлений, очагов и кальцинатов, а также смещение органов средостения в сторону поражения.

**Туберкулезный плеврит** – клиническая форма, характеризующаяся воспалением плевры и нахождением экссудата в плевральной полости.

Рентгенологически при косто-диафрагмальном плеврите □ определяется гомогенное затенение с верхним косым уровнем по ходу

какого-либо ребра в зависимости от количества экссудата. При междолевом плеврите экссудат располагается в междолевых щелях. При парамедиастинальном плеврите тень экссудата представляется широкой, лентовидной, параллельной позвоночнику, границе сердца и крупных сосудов. Кроме обзорной рентгенографии в диагностике плевритов используются боковые рентгенограммы, латероскопия, латерография.

### **Легочное кровотечение. Диагностика и дифференциальная диагностика. Оказание медицинской помощи**

**Легочным кровотечением** называется выделение из дыхательных путей значительного количества крови в чистом виде или в виде обильной примеси к мокроте.

**Легочное кровохарканье** - откашливание крови из дыхательных путей в виде отдельных прожилок или небольшой примеси в мокроте ярко-красного цвета. Кровохарканье - признак легочного кровотечения и разница между ними только количественная: если выделилось до 50 мл — это кровохарканье, если больше - кровотечение.

Данные осложнения достаточно часто (в 60% случаев) встречаются при туберкулезе легких, особенно при распространенных процессах с деструкцией легочной ткани.

**Тяжесть кровотечения** оценивают, основываясь на его:

- характере (артериальное, венозное);
- скорости излития;
- объеме излившейся крови.

В клинической практике чаще используют оценку кровотечения из легкого, основанную на количестве выделившейся крови.

**В зависимости от количества выделенной крови различают кровотечения:**

- малые (до 100 мл);
- средние (до 500 мл);
- большие (профузные) (свыше 500 мл).

При туберкулезе легких чаще встречаются малые и средние кровотечения. Они свидетельствуют об активности процесса, редко осложняются аспирацией, ателектазом.

Потеря крови имеет меньшее значение, чем последствия легочного кровотечения. Причиной смерти при легочном кровотечении, как правило, является не кровопотеря, а асфиксия вследствие заполнения воздухоносных путей кровью.

### **Диагностика кровотечения**



**1. Общий анализ мокроты** с микроскопией мазка, окрашенного по Грамму, цитологическое и микробиологическое исследование мокроты (исследование на КУБ), общий анализ крови (гематокрит, эритроциты, тромбоциты), длительность кровотечения, коагулограмма.

## **2. Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях**

При патологии системы органов дыхания выявляются:

- инфильтрация легочной ткани (пневмонии);
- деструктивные осложнения (абсцессы, каверны);
- скопление жидкости в наполненных воздухом полостях (абсцессы, кисты, злокачественные опухоли);
- признаки эмфиземы (ХОБЛ), бронхоэктазов и кист;
- ослабление или исчезновение легочного рисунка;
- при патологии сердечнососудистой системы часто отмечается расширение границ сердца.

3. Компьютерная томография.

4. Консультации ЛОР-врача, стоматолога.

5. Бронхоскопия.

6. Бронхиальная артериография.

7. Ангиопульмонография.

8. Аортография.

9. Торакоскопия.

## **Дифференциальная диагностика**

1. Кровотечения при заболеваниях полости рта и зубов.

2. Кровотечения при заболеваниях ЛОР-органов.

3. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта.

В клинической практике чаще всего необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного и желудочного кровотечений.

## **Дифференциальная диагностика легочного и желудочного кровотечений.**

Клинико-анамнестические, рентгенологические, эндоскопические и лабораторные признаки кровотечения	Легочное кровотечение	Желудочное кровотечение
Данные анамнеза	В анамнезе заболевания легких	В анамнезе заболевания органов желудочно-кишечного тракта

Субъективные предвестники кровотечения	Ощущение «теплой струи», kloкотания и жжение в груди и т.д.	Тошнота, чувство тяжести в эпигастральной области
Механизм выделения крови	Как правило, кровь выделяется с кашлем	Как правило, кровь выделяется во время рвоты или срыгивания
Вид крови	Алая, пенистая	Темная или в виде кофейной гущи
Ph крови	Щелочная	Кислая
Наличие примесей	Отсутствуют	Остатки пищи
Динамика выделения крови	В последующие 1-3 дня мокрота с прожилками крови	Черный дегтеобразный стул
Данные объективного обследования	В легких влажные хрипы	Признаки заболевания органов желудочно-кишечного тракта
Данные рентгенологического исследования	Инфильтративные изменения с участками деструкции, полостные образования в легочной ткани.	Косвенные признаки патологии желудочно-кишечного тракта
Эндоскопические исследования (фибробронхоскопия, фиброгастроскопия)	Сгустки крови в гортани, трахее, бронхах. Поражения бронхиального дерева (эозии, язвы, грануляции, опухоли).	Сгустки крови в пищеводе. Изменения в пищеводе, желудке (варикозно расширенные вены пищевода; эозии, язвы пищевода и желудка).
Поведение пациента	Резко возбужден. Беспокойный, чувство «страха смерти».	Относительно спокойное, иногда вялое, заторможенное.

## Лечение легочного кровотечения

### 1. Предупреждение асфиксии путем:

- восстановление проходимости дыхательных путей;
- возвышенное положение тела;
- интубация трахеи, аспирация излившейся крови;
- оксигенотерапия при гипоксемии ( $PO_2 < 60$  мм. рт. ст.,  $SaO_2 < 90\%$ );
- ИВЛ при наличии ОДН (гипоксемия, гиперкапния, респираторный ацидоз);

- легочное кровотечение является показанием для эндобронхиальной интубации.

## **2. Остановка кровотечения**

### **А. Консервативное лечение**

#### **1. Снижение давления в легочной артерии:**

- наложение венозных жгутов на верхние и нижние конечности;
- раствор эуфиллина 2,4% - 5-10 мл в 10 мл раствора глюкозы в/в в течение 4-6 минут;

#### **2. Сосудосуживающие лекарственные средства:**

- раствор адреналина 0,1% - 0,3 мл п/к;

#### **3. Медикаментозный гемостаз:**

- раствор аминокaproновой кислоты 5%-200,0-300,0 мл, в/в, per os (снижает фибринолитическую активность крови);
- раствор кальция хлорида 10% - 10,0 мл, 1% - 200,0 мл в/м;
- раствор дицинона 12,5% - 6,0-8,0 мл в/в, в/м;
- раствор викасола 1% - 6,0 мл в/в, в/м;
- раствор аскорбиновой кислоты 5%-20,0 мл в/в, в/м;
- свежемороженая плазма 200,0-500,0 мл в/в;
- раствор контрикала 100-500 тыс. ед. в/в;
- управляемая гипотония при артериальной гипертензии: раствор арфонада 0,05-1% в 5% растворе глюкозы или в изотоническом растворе хлорида натрия (30-50 капель в минуту). Максимальное артериальное давление при этом - не ниже 90 мм рт.ст.

#### **4. Заместительная терапия:**

- эритроцитарная масса по 150 мл (4-6 трансфузий); викасольная плазма;
- альбумин 20% - 50 мл;
- полиглюкин, гемодез, полиамин, раствор бикарбоната натрия и др.

#### **5. Бронхоскопия:**

- холодный физраствор 40-60 мл;
- 5% раствор аминокaproновой кислоты 40-80 мл;
- 3% раствор перекиси водорода, губки с желатином (гемостатическое действие основано на ускорении процесса тромбообразования), рассасывающийся гемостатический трикотаж из целлюлозы (Серджисел и др.);
- физраствор 100 мл+гидрокортизон 1 мл (25 мг)+10% раствор хлорида кальция 3-4 мл;
- прижигание геморрагического участка концентрированной трихлоруксусной кислотой, 30% раствором ляписа, электрокоагуляция;
- в последнее время для остановки кровотечения применяется так же клапанная бронхоблокация.

## **Б. Хирургическое лечение**

**Паллиативные операции:** перевязка легочной артерии; перевязка легочной артерии с пневмотомией и дренированием полости распада. Временная окклюзия ветвей легочной артерии катетером с надувной манжетой от специального двух- или трехпросветного сердечного катетера. Эндоваскулярная катетерная эмболизация бронхиальных артерий. Показаниями к катетерной эмболизации бронхиальных артерий являются: неэффективность консервативной терапии легочного кровотечения, кровохарканье у пациентов с двусторонними воспалительными процессами, которым не показано хирургическое лечение по ряду причин. Коллапсотерапевтические методы (искусственный пневмоторакс, пневмоперитонеум).

**Радикальные операции:** сегментэктомия; лобэктомия; билобэктомия; пневмонэктомия; атипичная резекция легкого.

**Лечение осложнений легочного кровотечения:**

- ателектаза (как правило, с помощью бронхоскопии);
- аспирационной пневмонии (неспецифическая антибиотикотерапия).

Неотложная помощь при легочном кровотечении проводится с учетом места нахождения пациента и возможностей лечебного учреждения.

### **Спонтанный пневмоторакс. Диагностика и оказание неотложной врачебной помощи**

**Спонтанный пневмоторакс** – патологическое скопление воздуха в плевральной полости в результате нарушения целостности висцеральной плевры.

Встречается у 15-20% пациентов с туберкулёзом лёгких и рассматривается как следствие неблагоприятного течения туберкулёзного процесса.

### **Классификация**

**По объёму воздуха в плевральной полости:**

- пристеночный (менее 25% гемиторакса);
- субтотальный (лёгкое коллабировано до половины расстояния между латеральным краем плевральной полости и границей сердца);
- тотальный.

**По механизму возникновения:**

- закрытый;
- открытый;

– напряжённый или клапанный.

**Закрытый пневмоторакс** образуется в ситуации, когда сразу или вскоре после прорыва воздуха в плевральную полость дефект в висцеральной плевре самостоятельно закрывается. При этом поступивший через него воздух утрачивает связь с атмосферным. Тогда среднее внутриплевральное давление становится отрицательным.

**Открытый пневмоторакс** образуется когда дефект в висцеральной плевре, который обеспечивает постоянное, беспрепятственное сообщение полости плевры с воздухоносными путями. При вдохе воздух входит, а при выдохе - свободно выходит из плевральной полости. Если диаметр отверстия большой, то происходит выравнивание внутриплеврального давления воздуха с атмосферным в обеих фазах дыхания.

**Клапанный (напряженный) пневмоторакс** возникает при образовании в висцеральной плевре отверстия, которое на выдохе закрывается, а при вдохе вновь открывается, пропуская в плевральную полость каждый раз новую порцию атмосферного воздуха. В течение непродолжительного времени давление воздуха в плевральной полости нарастает. Это приводит к сдавлению и коллабированию легкого, оттеснению книзу купола диафрагмы, смещению в противоположную, т. е. здоровую, сторону средостения и сдавлению здорового легкого. Воздух по интерстициальным пространствам, через клетчатку корня легкого проникает в медиастинальные отделы грудной полости, достигает клетчаточных структур области шеи, лица, межмышечных промежутков груди и даже распространяется на область живота, нижних конечностей. При отсутствии своевременной медицинской помощи у пациента может наступить смертельный исход.

### Диагностика

**Общие симптомы:** внезапная интенсивная боль в боку, возникающая при кашле, смехе, чихании, физическом напряжении. При субтотальном и тотальном пневмотораксе появляется одышка, акроцианоз. Боль и одышка могут быть настолько интенсивными, что могут сопровождаться коллаптоидным состоянием (резкая слабость, бледность слизистых и кожных покровов, холодный пот, частый и слабый пульс, падение АД, набухшие шейные вены из-за смещения средостения и сдавления лёгкого).

**Данные объективного обследования грудной клетки:** ограничение дыхательных экскурсий, тимпанит при перкуссии, ослабление дыхания и голосового дрожания. Выраженность клинических проявлений находится в прямой зависимости от степени спадения легкого и вида пневмоторакса.

**Рентгенологические признаки спонтанного пневмоторакса:** на обзорной рентгенограмме появляется участок просветления, лишенный легочного рисунка, расположенный пристеночно по периферии грудной клетки и отделенный от спавшегося легкого четкой границей, обусловленный спадением легкого и скоплением газа в плевральной полости.

### **Лечение спонтанного пневмоторакса**

#### **Догоспитальный этап:**

- дать кислород сухой и тёплый со скоростью 10 л/мин через маску или носовые канюли;
- контроль гемодинамики, температуры, ЧДД;
- снять ЭКГ;
- купирование болевого синдрома: кеторолак 30мг per os или морфин 10 мг п/к;
- при напряженном пневмотораксе торакоцентез на стороне поражения при помощи иглы или канюли для венепункции не короче 4,5 см во 2 межреберье по среднеключичной линии;
- госпитализация в реанимационное или хирургическое отделение лёжа на каталке.

#### **Госпитальный этап:**

- выжидательная консервативная тактика при небольших закрытых пневмотораксах (когда воздух занимает менее 15% объема плевральной полости) заключается в назначении пациенту покоя, симптоматических и обезболивающих средств;
- проведение эпидуральной или интеркостальной блокады;
- простая аспирация воздуха;
- установка дренажной трубки;
- химический плевродез;
- хирургическое лечение.

**Простая аспирация** (плевральная пункция с проведением аспирации) показана пациентам с пневмотораксом объемом более 15%. Пункция проводится при помощи иглы или катетера, которые вводят во 2 межреберье по среднеключичной линии, аспирацию проводят при помощи большого шприца (50 мл), после завершения эвакуации воздуха иглу или катетер удаляют. При неудаче первой попытки аспирации (сохраняются жалобы пациента) и эвакуации менее 2,5 л, попытку надо повторить. Если после аспирации 4 л воздуха не происходит улучшения, то такому пациенту показана установка дренажной трубки. Простая аспирация приводит к расправлению легкого в 59–83% .

**Дренирование плевральной полости** при помощи дренажной трубки. Установка дренажной трубки показана при неудаче простой ас-

пирации, при рецидиве пневмоторакса, у пациентов с диспноэ и старше 50 лет. Во время установки дренажной трубки необходимо проводить интраплевральное введение местных анестетиков (1% лидокаин 20–25 мл). Дренаж плевральной полости приводит к расправлению легкого в 84–97%.

Удаление дренажной трубки производят через 24 ч после прекращения отхождения по ней воздуха, если, по данным рентгенограммы грудной клетки, достигнуто расправление лёгкого.

В практической медицине используют пассивный дренаж по Бюлау-Петрову (при открытом пневмотораксе) и активный дренаж по Субботину (при закрытом пневмотораксе).

**Химический плевродез** - процедура, при которой в плевральную полость вводятся вещества, приводящие к асептическому воспалению, что приводит к облитерации плевральной полости. Процедура позволяет предотвратить возникновение рецидивов пневмотораксов. Химический плевродез показан пациентам со вторым и последующим спонтанным пневмотораксом. Химический плевродез проводится путем введения через дренажную трубку доксицилина (500 мг в 50 мл физиологического раствора) или взвеси талька (5 г в 50 мл физиологического раствора). Перед процедурой необходимо проведение внутривидеоплевральной анестезии 25 мл 1% раствора лидокаина. После введения склерозирующего вещества дренажную трубку перекрывают на 1 ч. Число рецидивов после введения тетрациклинов составляет 9–25%, а после введения талька – 8%. Осложнения, которые могут встречаться при введении талька в плевральную полость: острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), эмпиема плевры.

**Показаниями к проведению хирургического вмешательства являются:**

- отсутствие расправления лёгкого после проведения дренирования в течение 5–7 дней;
- двусторонний спонтанный пневмоторакс;
- спонтанный гемопневмоторакс;
- рецидив пневмоторакса после проведения химического плевродеза;
- пневмоторакс у людей определенных профессий (связанных с полетами, дайвингом).

**Хирургические вмешательства можно разделить на два вида:** видеоассоциированная торакоскопия и открытая торакотомия. Выполняют ушивание отверстия в легком или применяются экономные, атипичные резекции легкого, реже лобэктомии. Число рецидивов пневмотораксов после видеоассоциированной торакоскопии составляет 4%, после обычной торакотомии – 1,5%.

## **Оформление истории болезни, демонстрация пациента с туберкулезом на клинической конференции, обходе.**

Схема оформления истории болезни стационарного пациента, страдающего туберкулезом:

1. Паспортная часть.
2. Здоровье семьи и контакт с пациентом, страдающим туберкулезом.
3. Анамнез жизни: развитие организма, перенесенные заболевания, условия труда, быта, вредные привычки.
4. Анамнез настоящего заболевания.
5. Жалобы пациента (на день поступления и день курации).
6. Данные объективного обследования пациента.
7. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования.
8. Данные рентгенологического исследования в динамическом наблюдении.
9. Обоснование диагноза туберкулеза согласно клинической классификации, сопутствующие заболевания.
10. План лечения пациента.
11. Дневник о текущем состоянии пациента.
12. Прогноз и возможные исходы заболевания.
13. Санитарно-профилактические мероприятия в очаге туберкулезной инфекции.



**Оформление направления к фтизиатру с указанием данных  
обязательного диагностического минимума (ОДМ)  
на туберкулез с выставлением предположительного диагноза  
согласно клинической классификации.**

Обязательный диагностический минимум (ОДМ) по обследованию пациента на туберкулез при направлении к фтизиатру включает:

1. Сведения о характере и длительности контакта с пациентом, страдающим туберкулезом.
2. Жалобы пациента.
3. Данные анамнеза заболевания, в том числе тест-терапия (при проведении противовоспалительного лечения – подробные схемы его проведения, длительность, результаты).
4. Физикальные данные (основные данные осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации).
5. Сведения о предшествующих рентгенологических исследованиях, сроки и результаты с приложением рентгенодокументации.
6. Данные настоящего рентгенологического исследования с приложением рентгенодокументации.
7. Общий анализ крови.
8. Данные бактериоскопического исследования мокроты на МБТ.
9. Результаты туберкулиновой пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л (для детей и подростков) в настоящее время и за прошедшие годы.
10. Предположительный диагноз согласно клинической классификации туберкулеза.

## ВІІ. ЛІТЕРАТУРА

1. Александрова, А.Е. Место средств патогенетической направленности действия в терапии туберкулеза / А.Е. Александрова // Патогенетическая терапия легочного и внелегочного туберкулеза / А.Е. Александрова. – Ленинград, 1987. – С. 11–18.
2. Андрущенко, Е.В. Легочные кровотечения и кровохарканья / Е.В. Андрущенко. – Киев, 1989. – 152 с.
3. Баласанянц, Г.С. Остропрогрессирующий туберкулез легких: диагностика, клиника, лечение: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.26 / Г.С. Баласанянц. – СПб., 2004. – 35 с.
4. Богадельникова, И.В. Антибактериальная терапия туберкулеза легких / И.В. Богадельникова, М.И. Перельман. – М.: Универсум Пабблишинг, 2004. – 80 с.
5. Браженко, Н.А. Фтизиопульмонология: учебное пособие для вузов / Н.А. Браженко, О.Н. Браженко. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 368 с.
6. Будрицкий, А.М. Учебник «Фтизиопульмонология»: учебное пособие / А.М. Будрицкий, Н.В. Василенко, И.В. Кучко. Витебск: ВГМУ, 2016. – 250 с.
7. Васильев, А.В. Внелегочный туберкулез: руководство для врачей / А.В. Васильев; под ред. А.В. Васильева. – СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000. – 568 с.
8. Визель, А.А. Туберкулез: этиология патогенез, клинические формы, диагностика, лечение / А.А. Визель, М.Э. Гурылева. – М., 2000. – 210 с.
9. Галицкий, Л.А. Общая и военная фтизиатрия / Л.А. Галицкий; под ред. Л.А. Галицкого. – СПб.: Изд-во ВАМ, 2006. – 158 с.
10. Инсанов, А.Б. Туберкулез: руководство для врачей и студентов / А.Б. Инсанов; под ред. А.Б. Инсанова. – Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2005. – 704 с.
11. Инструкция по применению: внутрилабораторный контроль качества микробиологической диагностики и определения лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза: утв.МЗ РБ / сост.: Л.К. Суркова [и др.]. – Минск: ГУ «НИИ П и Ф», МЗ РБ, 2009. – 15 с.
12. Инструкция по применению: оптимизация противотуберкулезной вакцинации / А.С. Позднякова [и др.]. – Минск: ГУ «НИИ П и Ф», МЗ РБ, ГУО «БелМАПО», ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», ГУ «РЦГЭОЗ», 2008. – 14 с.
13. Казеозная пневмония: диагностика, клиника и лечение: методическое пособие для врачей / В.Ю. Мишин [и др.]; под ред. В.Ю. Мишина. – М.: Здоровое дыхание, 2000. – 47 с.

14. Коломиец, В.М. Фтизиопульмонология: учебное пособие / В.М. Коломиец, Ю.И. Лебедев. – Москва: Медицина, 2005. – 560 с.
15. Король, О.И. Туберкулез у детей и подростков: руководство / О.И. Король, М.Э. Лозовская; под.ред. О.И. Король. – СПб. 2005. – 432 с.
16. Король, О.И. Фтизиатрия: справочник / О.И. Король, М.Э. Лозовская, Ф.П. Пак. – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.
17. Краткое руководство по туберкулезу для работников первичной медико-санитарной помощи: для стран Европейского региона ВОЗ с высоким и средним бременем туберкулеза. – Женева: ВОЗ, 2004. – 60 с.
18. Кривонос, П.С. Организация противотуберкулезной помощи населению: учебное пособие / П.С. Кривонос, Ж.И. Кривошеева, Н.С. Морозкина [и др.]. – Минск: Белсэнс, 2011. – 144 с.: ил.
19. Крофтон, Д. Клиника туберкулеза (перевод с англ.) / Д. Крофтон, Н Хорн, Ф. Миллер. – М., 1996. – 127 с.
20. Левашев, Ю.Н. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу / Ю.Н. Левашев, Ю.М. Репин; под ред. Ю.М. Репина. – СПб: Элби, 2006. – 516 с.
21. Лечение туберкулеза. Руководящие принципы для национальных программ. – ВОЗ. – Женева, 2006. – 133 с.
22. Лечение туберкулеза: рекомендации для национальных программ. – Женева: ВОЗ, 2003. – 128 с.
23. Линтенбратен, Л.Д. Медицинская радиология: основы лучевой диагностики и лучевой терапии / Л.Д. Линдебратен, И.П. Королюк. – Москва: Медицина, 2000. – 520 с.
24. Литвинов, В.И. Лабораторная диагностика туберкулеза / В.И. Литвинов, А.М. Мороз; под ред. В.И. Литвинова. – М.: Медицина, 2004. – 175 с.
25. Перельман, М.И. Спиральная компьютерная томография в диагностике туберкулеза легких / М.И. Перельман, С.К. Тернова. – М.: Медицина, 1998. – 87 с.
26. Перельман, М.И. Фтизиатрия / М.И.Перельман, В.А.Корякин, М.: Медицина, 2015. 445 с.
27. Ридер, Г.Л. Эпидемиология основы борьбы с туберкулезом / пер.с англ. / Г.Л.Ридер. – Москва: Издательство «Весь Мир», 2001. – 192 с.
28. Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза. – Женева: ВОЗ, 2009. – 208 с.
29. Скрыгина, Г.Л. Клиническое руководство по лечению туберкулеза / Е.М. Скрыгина, Г.Л. Гуревич, А.П. Астровко, О.М. Залуцкая // ГУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии и фтизиатрии» МЗ РБ. – Минск: Белсэнс, 2012. – 81 с.
30. Сорокин, И.Э. Туберкулезный менингит / И.Э. Сорокин. – Москва, 1989. – 84 с.

31. Спонтанный (патологический) пневмоторакс / Д.Н. Чухриленко [и др.]; под общ. ред. Д.Н. Чухриленко. – Москва: Медицина, 1983. – 88 с.
32. ТБ/ВИЧ. Клиническое руководство / Энтони Д. Харрис, Дермот Махер, Стивен Грэхем – 2-ое издание. – ВОЗ, 2006. – 223 с.
33. Туберкулез органов дыхания: руководство для врачей / А.Г. Хоменко [и др.]; под общ. ред. А.Г. Хоменко. – 2-е изд. перераб. и испр. – Москва: Медицина, 2004. – 576 с.
34. Туберкулез у детей и подростков: учебное пособие / В.А. Аксенова [и др.]; под ред. В.А. Аксеновой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 272 с.
35. Туберкулины и БЦЖ-терапия в комплексном лечении больных туберкулезом легких / Крылов В.А. [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 1995. – № 4. – С. 11–14.
36. Фтизиопульмонология: учебник / В.Ю. Мишин [и др.]; под ред. В.Ю. Мишина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 504 с.
37. Хоменко, А.Г. Саркоидоз / А.Г. Хоменко, О. Швайгер. – Москва: Медицина, 1998. – 220 с.
38. Хоменко, А.Г. Туберкулез: руководство по внутренним болезням / А.Г. Хоменко; под ред. А.Г. Хоменко. – Москва: Медицина, 2007. – 492 с.
39. Adverse events in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis: results from the DOTS-Plus initiative / E. Nathanson [et al.] // International Journal of Tuberculosis and Disease. – 2004. . – Vol. 8, № 11 – P. 1382–1384.
40. Dannenberg, A.M. Immune mechanisms in the pathogenesis of pulmonary tuberculosis / A.M. Dannenberg // Rev. Infect. Dis. – 1999. – Vol. 11, № 2. – P. 369–378.
41. Ellner, J.J. Immunologic aspects of mycobacterial infections / J.J. Ellner, R.S. Wallis // Rev. Infect. Dis. – 2006. – Vol. 11, № 2. – P. 455–459.
42. Ellner, J.J. Regulation of the human immune response during tuberculosis / J.J. Ellner // J. Lab. Clin. Med. – 2007. – Vol. 130, № 5. – P. 469–475.
43. From Multidrug-resistant tuberculosis to DOTS expansion and beyond: making the most of a paradigm shift / J.Y. Kim [et al.] // Tuberculosis. – 2003. – Vol. 83. – P. 59–65.
44. Human resources for control of tuberculosis and HIV-associated tuberculosis / A.D. Harries [et al.] // International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – 2005. – Vol. 9, № 2 – P. 128–137.
45. Prevention of tuberculosis in medical and prophylactic institutions under the deficiency of required resources / Reuben Granich [et al.] // WHO. – 1999. – 59 P.

46. Speaking the same language: treatment outcome definitions for multidrug-resistant tuberculosis / K.F. Laserson [et al.] // International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – 2005. – Vol. 9, № 6 – P. 640–645.

**Нормативные правовые акты:**

47. Закон Республики Беларусь от 07.01.2012 №345-З «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека».
48. Руководство по организации и проведению противотуберкулезных мероприятий в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.05.2012 № 622.
49. Инструкция по группировке пациентов противотуберкулезных организаций, подлежащих диспансерному учету и динамическому наблюдению: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.05.2012 № 621.
50. Инструкция по организации противотуберкулезной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.10.2013 № 1034.
51. Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и содержанию противотуберкулезных организаций здравоохранения и к проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение распространения туберкулеза в противотуберкулезных организациях здравоохранения»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.06.2013 № 58.
52. Инструкция по диагностике, лечению, профилактике и учету серьезных побочных реакций на профилактическую прививку против туберкулеза у детей на основании Приказа МЗ РБ от 20.01.2014г. № 27.
53. Инструкция по организации работы в очагах туберкулезной инфекции и выявлению контактных лиц: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.01.2014 № 15.
54. Инструкция «О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организации здравоохранения» на основании приказа МЗ РБ № 1300 от 10.12.2014г.
55. Приказ МЗ РБ № 995 от 07.10.2015г. «О контролируемом лечении пациентов, больных туберкулезом органов дыхания, в амбулаторных условиях в государственных организациях здравоохранения».
56. Инструкция о порядке проведения иммунодиагностики и химиопрофилактики туберкулеза среди детского населения: приказ

Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.10.2015 № 977.

57. Приказ № 479 от 23.10.2015г. «О создании консилиума по лечению больных туберкулезом с множественно-лекарственно устойчивой формой туберкулеза».
58. Приказ № 601 от 30.05.2017г. «О применении клинического руководства в противотуберкулезной работе».

Учебное издание

**БУДРИЦКИЙ** Александр Михайлович  
[и др.]

**МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ ЗНАНИЙ И  
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА И  
ФПИГ**

*Учебно-методическое пособие*

Редактор – *А.М. Будрицкий*  
Технический редактор – *И.А. Борисов*  
Компьютерная верстка: *М.А. Корнилова*  
Корректор *А.М. Будрицкий*

Подписано в печать \_\_\_\_\_ Формат бумаги 60х84 1/16. Бумага типографическая №2.

Ризография. Усл.печ.л. \_\_\_\_\_ Уч.-изд.л. \_\_\_\_\_ Тираж \_\_\_\_\_. Заказ \_\_\_\_\_.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
УО «Витебский государственный медицинский университет»  
ЛП №02330/453 от 30.12.2013.  
пр. Фрунзе, 27, 210602, Витебск.